

І. Г. Саранча

**СОЦІАЛІЗАЦІЯ ОСІБ
З ПОРУШЕННЯМИ
ОПОРНО-РУХОВОГО
АПАРАТУ**

Монографія

Вінниця
ТОВ «ТВОРИ»
2020

УДК 376:316.614]-056.29
С 20

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Вінницького державного педагогічного
університету ім. М. Коцюбинського
(протокол № 9 від 19.02.2020)*

Рецензенти:

Миронова Світлана Петрівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач, професор кафедри корекційної педагогіки та інклюзивної освіти факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка;

Паламарчук Ольга Миколаївна – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології та соціальної роботи Вінницького державного педагогічного університету ім. М.Коцюбинського.

Саранча І. Г.

С 20 Соціалізація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату: монографія. Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2020. 144 с.

ISBN 978-966-949-365-1

У монографії комплексно досліджено питання соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в освітньому просторі спеціалізованого центру й поза ним. Проведено теоретичний та практичний аналіз проблеми дослідження й на основі імплементації й впровадження авторської методики зміни освітніх умов доведено їх ефективність у підвищенні рівня оволодіння особами з порушеннями опорно-рухового апарату ключовими соціальними компетенціями.

УДК 376:316.614]-056.29

ISBN 978-966-949-365-1

© Саранча І. Г., 2020
© ТОВ «ТВОРИ», 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У НАУКОВОМУ ДИСКУРСІ	6
1.1. Характеристика поняття процесу соціалізації людини	6
1.2. Соціалізація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в соціально-педагогічному аспекті	17
Висновки до розділу I	48
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	50
2.1. Методика дослідження соціальної реабілітації осіб з ПОРА	50
2.2. Аналіз результатів діагностувально-формуального експерименту	57
Висновки до розділу II	68
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ, СПРЯМОВАНОЇ НА СОЦІАЛІЗАЦІЮ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	70
3.1. Корекційна спрямованість педагогічної роботи з особами з порушеннями опорно-рухового апарату	70
3.2. Педагогічні умови і методика реабілітації, спрямованої на соціалізацію осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.	80
3.3. Аналіз експериментальних даних імplementованої моделі соціалізації	93
Висновки до розділу III	115
ВИСНОВКИ	117
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	119
ДОДАТКИ	134

ПЕРЕДМОВА

За даними ООН у світі нараховується близько пів мільярда людей із порушеннями психічного або фізичного розвитку. Державна статистика МОЗ України констатує щорічне зростання кількості дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату, тому соціальна підтримка осіб з психофізичними порушеннями є одним із важливих завдань в усьому світі, а її необхідність відображена у найважливіших міжнародних правових документах («Конвенція про права інвалідів»; «Конвенція про права дитини» тощо) [79; 80].

Україна, всебічно орієнтуючись на європейські цінності, також гарантує соціальний захист цим особам, зокрема, це відображено у Законі «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005) [144]. Останнім часом прийнято низку важливих законів: «Про внесення змін до деяких законів України щодо доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (2018) [142]; «Про затвердження Положення про первинне та складне протезування та ортезування осіб з вадами опорно-рухового апарату» (2019) [143] тощо. Це дало поштовх серйозним конструктивним змінам у забезпеченні дітей та дорослих осіб з інвалідністю правовими та конституційними гарантіями у сфері соціального захисту та реабілітації.

Реабілітація й соціалізація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в різних аспектах ставала предметом вивчення в рамках таких теорій, як: психолого-педагогічна концепція формування і розвитку особистості (Л. Виготський, Г. Костюк, В. Паламарчук та ін.); теоретико-методологічні основи освітньо-реабілітаційної роботи з особами з обмеженнями життєдіяльності (В. Бондар, Є. Соботович, В. Синьов, В. Тарасун, А. Шевцов та ін.; загальнонаукові праці про розвиток і саморозвиток особистості та її соціалізацію (Г. Андреева, М. Варій, І. Кон, І. Минович, Н. Мойсюк, В. Москаленко та ін.); теоретичні положення про соціалізацію осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (І. Добяков, І. Мамайчук, А. Шевцов, Л. Шипіцина тощо); теоретичні положення про корекційний вплив на розвиток особистості з психофізичними порушеннями (О. Граборов, В. Липа, С. Миронова, О. Хохліна, А. Шевцов, М. Шеремет. Останнім часом низка вітчизняних науковців (І. Гладченко, О. Глоба, О. Чеботарьова, І. Саранча) розробили ґрунтовні багатоаспектні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю [37; 38; 219; 220; 221; 158 – 169].

Проте сучасна системна реабілітація як найбільш ефективна форма реабілітаційно-корекційної роботи з особами з порушеннями психофізичного розвитку вимагає від фахівців центрів соціальної реабілітації різноаспектних підходів, а значить, – комплексного дослідження, скерованого на нове розуміння фахових питань різних суміжних галузей науки, зокрема, медицини, корекційної педагогіки, спеціальної психології, соціальної роботи, права тощо.

Соціалізація особистості є складним процесом взаємодії індивіда з соціальним середовищем, внаслідок якого формуються якості людини як суб'єкта суспільних стосунків. Однією з головних цілей соціалізації є

приспосовування, адаптація людини з порушеннями розвитку до соціальної реальності [1, с. 25].

В умовах розбудови демократичного суспільства в Україні знаходить широку громадську підтримку думка про те, що особи з порушеннями психофізичного розвитку не повинні бути ізольовані від суспільства, а навпаки – жити, навчатись, виховуватись, працювати у звичайному соціальному середовищі, активно спілкуватися зі своїми однолітками, членами родини, працювати, мати власні родини тощо. Згідно завдань ЮНЕСКО слід здійснити переорієнтацію від оцінки вад особи з психофізичними порушеннями до розкриття її потенціалу та створення для неї максимально комфортного соціального середовища [34; 56; 80].

Одним з найважливіших факторів соціальної інтеграції осіб з порушеннями психофізичного розвитку є підготовка суспільства до адекватного сприйняття осіб з інвалідністю. Наразі в Україні велика увага науковців, громадських діячів та суспільства в цілому спрямована на впровадження інклюзивного навчання. Поступова інтеграція осіб із порушеннями психофізичного розвитку відбувається на усіх рівнях освітньо-реабілітаційного процесу.

Однак, є велика кількість проблемних питань, вирішення яких потребує спільних зусиль фахівців у галузі корекційної педагогіки та соціальної роботи. Інтеграція у соціум дітей та дорослих з порушеннями психофізичного розвитку неможлива без урахування їхніх психофізичних особливостей розвитку, створення доступного середовища та толерантного ставлення з боку кожного представника суспільства.

У монографії визначено, теоретично обґрунтовано та описано експериментальні результати впровадження нових педагогічних умов, скерованих на соціалізацію осіб із порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітаційних центрів. У рамках вищевказаного здійснено теоретико-емпіричний аналіз проблеми соціалізації особистості з типовим та порушеним психофізичним розвитком; визначено особливості та рівні соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в практиці роботи реабілітаційних центрів, а також обґрунтовано та експериментально перевірено педагогічні умови соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітаційних центрів.

Експериментальною базою імплементації й перевірки ефективності розроблених програм і методик, скерованих на соціалізацію осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, стали Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь» Міністерства соціальної політики України, Вінницький обласний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій», Івано-Франківський обласний центр соціальної реабілітації дітей інвалідів Міністерства соціальної політики України. Дослідження проводилося в 2017-2019 роках.

РОЗДІЛ І. ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ У НАУКОВОМУ ДИСКУРСІ

1.1. Характеристика поняття процесу соціалізації людини

Поняття «соціалізація» (від лат. *socialis* – суспільний) активно використовується представниками таких наук, як соціологія, психологія, політологія, педагогіка, філософія тощо [118, с. 43].

Термін «соціалізація», незважаючи на його поширеність і більш як столітню історію існування, не має однозначного трактування серед різних представників психологічної науки. Пов'язану з ним царину соціального знання почали розробляти Г. Тард і Ван Женнец. Г. Тард використовував цей термін для позначення процесу входження індивіда до нації, народу, суспільства шляхом універсального засобу наслідування [173, с. 186]. Проблеми соціалізації обговорювались А. Валлоном і Ж. Піаже. Передумови для першого концептуального підходу були створені Е. Дюркгеймом [173, с. 186].

Щодо поняття «соціалізація», різні дослідники виділяють ті чи інші сторони цього процесу в залежності від аспекту й мети, яка ставиться в дослідженні [157, с. 186]. Зміст поняття «соціалізація» деякі автори вбачають у тому, що це процес «входження індивіда в соціальне середовище, пристосування до нього, освоєння певних ролей і функцій» (Б.Паригін) [173, с. 186]. І. Кон вважав процесом соціалізації «засвоєння індивідом соціального досвіду, в процесі якого утворюється конкретна особистість» [173, с. 187].

У 1956 р. термін було внесено до реєстру американської соціологічної асоціації [173, с. 187]. З кінця 60-х років проблема соціалізації стала інтерпретуватися як міждисциплінарна, і увага до неї посилилася з боку спеціалістів різних наук – філософів, соціологів, педагогів і психологів.

Щоб визначити зміст поняття «соціалізація», потрібно його відмежувати від з близьких за змістом понять «соціальний розвиток», «формування особистості», «виховання».

Розглянемо спочатку співвідношення понять «соціалізація» й «соціальний розвиток». Такі автори, як Н. Андреінкова, В. Марков вважають, що соціалізація – це певний період у розвитку людини, поки вона не стала дорослою, «соціальний розвиток» – весь період її життя [173, с. 189]. На їхню думку, поняття «соціалізації» є більш конкретним у порівнянні з поняттям «соціальний розвиток» у тому розумінні, що воно виражає процес становлення у людини тих властивостей, які обумовлені історичним типом соціальної системи, в котрій живе людина. З цієї точки зору людина рабовласницького суспільства буде недостатньо соціалізованою порівняно з людиною феодального суспільства.

Розвиток – видозміни від простого до складного, від нижчого до вищого внаслідок накопичення кількісних змін, що ведуть до якісних перетворень. У фізичному та психічному розвитку людини розрізняють онтогенез (розвиток

від зародження до кінця життя) та філогенез (розвиток, який відбувається в ході біологічної еволюції під впливом умов життя). В онтогенетичному розвитку людини виділяють такі етапи: пренатальний (ембріональний) і постнатальний (немовля, переддошкільний, дошкільний і шкільний, молодий, середній вік, зрілість і старість) [47, с. 421].

Для розуміння безперервності соціального розвитку особистості важливим, на думку В. Москаленка, є розрізнення понять «соціалізація» і «соціалізованість» [173, с. 190]. Останнє визначається як відповідність людини соціальним вимогам, які пред'являються до конкретного вікового етапу, як наявність особистісних і соціально-психологічних передумов, які забезпечують нормативну поведінку або процес соціальної адаптації. Порівняно з поняттям «соціалізованість», «соціалізація» є більш широким поняттям, яке містить, окрім соціалізованості, готовність переходу в нові ситуації соціального розвитку [29, с. 193]. У психологічній літературі таке вторинне входження визначається терміном «ресоціалізація».

Термін «ресоціалізація» активно використовується у соціальній психології останні два десятиліття [173, с. 190]. Вперше цей термін застосували американські соціальні психологи А. Кеннеді, Д. Кербер для означення процесу «вторинного» входження індивіда у соціальне середовище в результаті певних порушень соціалізації (ресоціалізація звільнених з місць позбавлення волі) або у результаті зміни соціокультурного оточення (ресоціалізація мігрантів). Сьогодні цей термін розуміється досить широко й поза специфікою суб'єктів процесу – як усвідомлена зміна поведінки людини у ситуації очевидного соціального неуспіху [173, с. 193].

Необхідно розрізнити також поняття «соціалізація» та «розвиток особистості». У вітчизняній літературі поширена думка, що соціалізація індивіда – це і є процес розвитку особистості. В. Москаленко вважає, що ці поняття не можна ототожнювати [181, с. 195].

Відмінність між поняттями «розвиток особистості» і «соціалізація» полягає в тому, що поняття «розвиток особистості» відображає процес становлення і розвиток особистості під кутом зору виникнення, формування, набуття закінченості та зрілості її особистих рис, в той час як поняття «соціалізація» фіксує не тільки процес складання, становлення, але й розвиток зрілих форм соціальності індивіда, їх модифікацію в процесі включення особистості в систему нових зв'язків і залежностей. Тобто, поняття «соціалізація» відображає більш універсальні процеси становлення і розвитку особистості у порівнянні з поняттям «формування» [118, с. 73].

Необхідно також розрізнити поняття «соціалізація» і «виховання». Соціалізація – процес і результат входження індивіда в соціальне середовище й становлення його як соціальної істоти, людини під впливом усієї сукупності соціальних факторів, соціального середовища в цілому, куди входять: виховання, навчання, соціальне спілкування, підготовка до соціальних стосунків, придбання знань, умінь, навичок практичної діяльності, оволодіння нормами, поняттями, цінностями, цілями, культурою в цілому, формування самосвідомості, набуття здатності управляти своєю поведінкою, формування

активного суб'єкта соціальних стосунків, перетворення самої людини, її всебічний і гармонійний розвиток [47, с. 446].

Виховання – процес розвитку природних сил, здібностей дитини за допомогою організованої педагогами різноманітної спільної діяльності дітей і дорослих. Це плановий і цілеспрямований вплив на свідомість і поведінку дитини з метою формування відповідних установок, понять, принципів, ціннісних орієнтацій, що забезпечують необхідні умови для її розвитку, підготовки до суспільного життя й трудової діяльності [47, с. 71].

Поняття «виховання» вживається в широкому та вузькому значенні. У вузькому розумінні виховання означає процес цілеспрямованої дії на розвиток особистості з метою підготовки її до виробничої, суспільної та культурної діяльності [118, с. 85].

Наголос тут ставиться на цілеспрямованості процесу. Поняття «виховання» у вузькому значенні відрізняється від поняття «соціалізація», яке поширюється не тільки на цілеспрямовані, але й на стихійні процеси, що діють на особистість, за обсягом.

У широкому значенні «виховання» – це вплив на людину всієї соціальної дійсності з метою засвоєння нею соціального досвіду [118, с. 87]. Зовнішній вплив соціокультурного середовища в процесі соціалізації здійснюється на індивіда через такі інститути, як сім'я, система освіти й виховання, засоби масової інформації, ідеологія. Ці інститути виступають своєрідними трансляторами соціального досвіду від покоління до покоління.

Також В. Москаленко визначив, що цілеспрямоване виховання – це процес впливу вихователя на вихованця, що є свідомо організованою запрограмованою та спеціалізованою діяльністю суспільства з метою формування у людей необхідних і корисних для них поглядів, почуттів, рис характеру, психічних та фізичних якостей. Це процес систематичного цілеспрямованого впливу на фізичний і духовний розвиток особистості з метою підготовки її до виробничої суспільної та культурної діяльності [118, с. 199].

Більшість спеціалістів основними інститутами соціалізації визнають систему освіти та виховання. На думку Я. Карв'ялиса, виховання є провідним і визначальним початком соціалізації [181, с. 54]. Ядро виховання складає процес передавання нагромаджених минулими поколіннями знань і культурних цінностей, тобто освіта.

На думку В. Москаленка, зміст соціалізації залежить і від такого важливого параметра, як соціальні інститути – системи спеціально створених або таких, що природно склалися, установ й органів, функціонування яких спрямоване на розвиток індивідів, насамперед шляхом освіти й виховання. До них належать сім'я, дошкільні установи, школа, неформальні групи, офіційні організації тощо. Ефективність соціалізації зумовлюється їх моральним, культурним та економічним станом [181, с. 199].

Інститути соціалізації – це відносно стійкі типи та форми соціальної практики, завдяки яким організується процес соціалізації особистості в рамках соціальної системи суспільства [118, с. 199]. Функціонування цих інститутів визначається, по-перше, системою норм, які регулюють певну поведінку

індивіда; по-друге, наявністю засобів й умов, що забезпечують успішне виконання нормативних наказів і здійснення соціального контролю; по-третє, інтеграцією інститутами соціально-політичних, ідеологічних та ціннісних структур суспільства, що дозволяє узаконити формально-правову основу функціонування того чи іншого інституту. Відмінність понять «соціалізація» і «виховання» особистості не означає їх протиставлення, оскільки соціалізація індивіда містить як соціально-контролюючі процеси цілеспрямованого впливу на особистість (виховання), так і стихійні, спонтанні процеси, які впливають на її формування. У зв'язку з цим потрібно розрізняти спрямовану і неспрямовану (стихійну) форми соціалізації.

За визначенням В. Москаленка, спрямована форма соціалізації (або виховання) – це спеціально розроблена певним суспільством система засобів впливу на людину з метою формування її особистості у відповідності з інтересами цього суспільства [118, с. 199]. Неспрямована, або стихійна форма соціалізації – це «автоматичне» виховання певних соціальних навичок у зв'язку з постійним перебуванням індивіда в безпосередньому соціальному оточенні [118, с. 199].

Процес соціалізації людини умовно можна розглядати як сукупність чотирьох складових:

- стихійної соціалізації людини у взаємодії й під впливом об'єктивних обставин життя суспільства, зміст, характер і результати якого визначаються соціально-економічними і соціально-культурними реаліями;

- спрямованої соціалізації, під час якої держава застосовує певні економічні, законодавчі, організаційні заходи для вирішення своїх завдань, які впливають на зміну можливостей і характер розвитку тих або інших вікових груп;

- соціально контрольованої соціалізації (виховання) – планомірного створення суспільством і державою правових, організаційних, матеріальних і духовних умов для розвитку людини;

- свідомого самозмінювання людини, яка має просоціальний, асоціальний або антисоціальний вектор (самостворення, самовдосконалення, саморуїнування), відповідно до індивідуальних можливостей й об'єктивних умов життя або всупереч їм [14, с. 204].

Щодо механізмів соціалізації в психології існує кілька точок зору. У психоаналітичній школі під механізмами соціалізації розуміються механізми переведення внутрішніх стимулів у соціально прийнятні форми, серед яких головну роль відіграє ідентифікація.

У вітчизняній психології також не існує єдиної думки з цієї проблеми. Так, серед механізмів соціалізації називають:

- наслідування, орієнтацію на референтну групу, ідентифікацію, рефлексію (А. Мудрик) [180, с. 57];

- навіювання, наслідування, психологічне зараження, ідентифікацію, авторитет, популярність (С. Белічева) [166, с. 57];

- конформізм (А. Сухов) [180, с. 57].

Проаналізувавши вищесказане, можна зробити висновок про те, що соціалізація в загальному своєму визначенні може розумітися як процес входження індивідів у суспільство через засвоєння людиною соціальних норм, ролей, форм спілкування й формування соціальності як головного результату соціалізації, в якій здійснюється творчість людини.

На думку Н. Мойсеюк, соціалізація може бути регульованою й спонтанною [188, с. 115]. Вона здійснюється як у навчальних закладах, так і поза ними. При цьому, наприклад, у школі засвоюються не лише ті знання, які є метою уроку, не тільки правила й норми поведінки, які спеціально формуються в процесі навчання і виховання. Учень збагачує свій соціальний досвід і за рахунок того, що, на думку педагога, може здаватися «випадковим». Наприклад, стиль стосунків учителя й учнів, який може збігатися із завданнями виховання, а може й не збігатися.

Обставини, умови, які спонукають людину до активності, дії називають факторами соціалізації. У вітчизняній і західній науці є різні класифікації факторів соціалізації. Найбільш логічною і продуктивною для педагогіки, на наш погляд, є класифікація, яку запропонував А.Мудрик. Основні фактори соціалізації він об'єднав у три групи: макрофактори, мезофактори, мікрофактори [188, с. 133].

Макрофактори – космос, планета, світ, країна, суспільство, держава – впливають на соціалізацію всіх жителів планети або дуже великих груп людей, які проживають у певних країнах [188, с. 133].

Мезофактори – умови соціалізації великих груп людей, які виділяються за національною ознакою (етнос як фактор соціалізації); за місцем і типом поселення, в якому вони живуть (регіон, село, місто, селище); за належністю до аудиторії тих чи інших засобів масової комунікації (радіо, телебачення, кіно та інше) [188, с. 133].

Мікрофактори – соціальні групи, що безпосередньо впливають на конкретних людей (сім'я, група ровесників, мікросоціум, організації, в яких здійснюється соціальне виховання, – навчальні, професійні, громадські та інші) [188, с. 133].

Мікрофактори, як зазначає І. Минович, впливають на розвиток людини через так званих агентів соціалізації – осіб, у безпосередній взаємодії з якими проходить її життя [113, с. 68].

О. Холостова виділяє наступні стадії соціалізації:

1. Первинна соціалізація або стадія адаптації (від народження до підліткового періоду). Дитина засвоює соціальний досвід некритично, адаптується, пристосовується, уподібнюється.

2. Стадія індивідуалізації (з'являється бажання виділитися серед інших, критичне ставлення до суспільних норм поведінки). Ця стадія по-різному проходить в підлітків та в юнаків. У підлітковому віці стадія індивідуалізації в процесі самовизначення «Світ і Я» характеризується як проміжна соціалізація, оскільки світогляд та характер підлітка ще не сформувалися та являються нестійкими. Юнацький же вік (18-25 років) характеризується певною стійкістю.

Соціалізація в цьому періоді визначається як концептуальна, в процесі якої виробляються стійкі властивості особистості.

3. Стадія інтеграції (з'являється бажання знайти своє місце в суспільстві). Інтеграція проходить добре, якщо властивості, якими володіє особистість, приймаються суспільством або групою, в яку людина включається. Якщо ж особливості конкретної особистості не знаходять визнання, то можливі такі наслідки:

- збереження своєї несхожості та виявлення агресивних взаємодій з людьми та суспільством;
- зміна себе, «стати як усі»;
- конформізм, зовнішня згода, адаптація.

4. Трудова стадія соціалізації охоплює весь період зрілості людини, її трудової діяльності, коли людина не лише засвоює соціальний досвід, але й відтворює його за рахунок активного впливу на інших людей, на навколишню дійсність через власну діяльність.

5. Післятрудова стадія соціалізації розглядає похилий вік як такий, що робить суттєвий внесок у відтворення соціального досвіду в процесі передачі його новим поколінням [3, с. 185-187].

На думку Н. Мойсеюк, особистістю можна назвати людину, яка досягла такого рівня соціального розвитку, який дозволяє їй знаходити й обирати серед цінностей культури особистісні смисли, свідомо, самостійно та відповідально діяти згідно з обраними смислами [116, с. 190].

Під спадковістю Н. Мойсеюк розуміє сукупність певних задатків, яка отримується від обох батьків при зачатті й здатна передаватися від покоління до покоління. Носіями спадковості є гени. У своєрідному генетичному коді (генотипі) зберігається й передається вся інформація про властивості організму [120, с. 190].

Під середовищем Н. Мойсеюк розуміє реальну дійсність, в умовах якої відбувається розвиток людини. На формування особистості впливає географічне, соціальне, близьке середовище. Географічне середовище, до складу якого входить клімат і всі різноманітні природні умови й ресурси, впливає насамперед на спосіб життя людини та характер її трудової діяльності. Близьке середовище – сім'я, родичі, друзі – переважно визначає коло інтересів і потреб, поглядів і ціннісних орієнтацій дитини, створює умови для розвитку та природних задатків [116, с. 192].

Соціалізація є процесом і результатом засвоєння й подальшого активного відтворення індивідом соціального досвіду. Процес соціалізації нерозривно пов'язаний зі спільною діяльністю людей та їхнім спілкуванням. Завдяки соціалізації людина засвоює вже здобуті суспільством знання, уміння й навички; досвід творчої, пошукової діяльності щодо вирішення нових проблем, які виникають у життєдіяльності, досвід ставлень до навколишньої дійсності і самої себе.

Зміст поняття соціалізація є нестабільним і неоднозначним. Представники структурно-функціонального напрямку американської соціології (Т. Парсонс, Р. Мертон) під соціалізацією розуміють процес повної інтеграції особистості у

соціальну систему, в процесі якого відбувається її пристосування. Останнє традиційно розкривається цією школою за допомогою поняття «адаптація». Тому «соціалізація» трактується Т. Парсонсом і Р. Мертоном як процес виходження людини у соціальне середовище та її пристосування до культурних, психологічних та соціологічних факторів [188, с. 103].

Представники гуманістичної психології (Г. Олпорт, К. Роджерс та інші) під соціалізацією розуміють процес самоактуалізації Я-концепції, самореалізації особистістю своїх потенцій і творчих здібностей як процес подолання негативних впливів середовища, що заважають її саморозвитку та самостверженню [173, с. 97].

Ці підходи не суперечать один одному, а визначають двосторонній характер соціалізації. Так, на думку І. І. Миновича, головними трансляторами соціальних і культурних цінностей були і залишаються батьки дитини [116, с. 68]. Сила виховного впливу сім'ї зумовлена характером процесу засвоєння морального досвіду в ній. Цей процес має низку особливостей: вплив батьків є найпершим впливом дорослих на формування особистості дитини, а перше сприймання є найсильнішим і має тенденцію до збереження; воно здійснюється передусім шляхом реального прикладу життя батьків; торкається багатьох сторін життя дитини, у тому числі й найпотаємніших, що створює особливу психологічну й емоційну атмосферу в сім'ї; спирається на традиції слухняності, що панують у стосунках з батьком і матір'ю.

У підлітковому та юнацькому віці посилюється й змінюється вплив груп ровесників, у зрілому віці – членів сім'ї, трудового чи професійного колективу, окремих особистостей. Упродовж усього життя людини діють такі фактори соціалізації, як етнос, ментальність, територіальна приналежність. Г. Дворецька виділяє ще один компонент загальних умов існування особистості – рівень розвитку громадянського суспільства, соціально-політичний устрій, стан інших соціальних інститутів (наприклад, освіта) [112, с. 103]. Ці найбільш важливі компоненти загальних соціальних умов детермінують специфічні соціальні умови буття людей.

Аналіз соціальної та соціально-психологічної структури особистості показує, що діяльність особистості зумовлюється не тільки зовнішніми факторами, але й внутрішніми її установками. У зв'язку з цим постає задача більш детального аналізу такої діяльності, яка проявляється перш за все у виконанні особистістю різних соціальних функцій.

У процесі аналізу діяльності особистості та її місця в суспільстві часто використовується поняття «соціальний стан». Якщо це поняття співвіднести із соціальною роллю, то останню можна розглядати як функцію соціального стану [187, с. 105].

Поняття «соціальний стан» є атрибутивним, що виражає тільки приналежність особистості до тієї чи іншої спільноти та через неї – до суспільства в цілому. Але воно не розкриває її функцій, тому не вигідне для соціологічного аналізу особистості, особливо якщо розглядати його у взаємозв'язку з іншими поняттями.

Кожен індивід може мати велику кількість статусів, і всі, хто його оточують, чекають від нього виконання ролей згідно із цими статусами. У такому розумінні «статус» і «роль» – це дві сторони одного феномена: якщо статус – це сукупність прав, привілеїв та обов'язків, то роль – дія в рамках даної сукупності прав та обов'язків [119, с. 122].

Кожна роль потребує від актора певної поведінки. Отже, поведінка може або відповідати, або не відповідати очікуванню. Від актора вимагаються певні дії залежно від визначеної ролі. За умови, коли суспільство ставить перед своїми громадянами певні вимоги, їм також доводиться завжди пристосовуватися, тобто «грати роль». У результаті й виникають так звані рольові ситуації, завдяки яким визначаються інтереси та мотиви поведінки людей.

Рольова концепція прояснює багато аспектів у соціології особистості, проте від неї не можна вимагати всебічного обґрунтованого з'ясування всієї сукупності соціальних функцій індивіда. «За межами драми, – писав П. Сорокін, – не може бути ролі, оскільки роль можлива лише в контексті всіх ролей. Що б не робив ізольований індивід, ніяка із його дій не являє собою ані соціального явища, ані найпростішого утворення. Роль може стати соціальною лише за наявності соціальної матриці» [188, с. 83].

Значний внесок у розробку теорії соціалізації зробив Т. Парсонс [188, с. 152]. Основна його концепція пов'язана із розумінням соціалізації як процесу інтеграції індивіда у соціальну систему шляхом «вбирання» у себе загальних цінностей, у результаті чого слідування загальнозначущим нормам поведінки стає потребою індивіда, елементом його мотиваційної структури [1, с. 86].

Серед важливих для виховання ідей соціалізації у працях американських соціологів є, на наш погляд, такі:

- 1) ідея про те, що соціалізація пов'язана з адаптивними процесами (хоча трактування адаптації як пристосування надає процесу соціалізації індивіда відтінок пасивності);
- 2) соціальні зв'язки як механізми соціалізації;
- 3) ствердження значення для успішної соціалізації формування самосвідомості й системи соціальної орієнтації, а також розвитку мовлення [2, с. 34].

На відміну від американської, французька соціологія досягла більш широкого розуміння соціалізації як сукупності взаєморозуміння, взаємостосунків із суспільством, в які індивід вступає у процесі формування як особистість. Насамперед, це загальне для всіх досліджень прагнення вивчати вплив групи на індивіда й індивіда на групу з метою з'ясування, що при цьому передається від індивіда до групи і в зворотному напрямі.

З огляду на такі тенденції можна дійти до сучасного розуміння соціалізації, яке склалося в західній соціології, і визначається сучасними соціологами як надбання людьми соціального досвіду і ціннісних орієнтацій, потрібних для їхніх соціальних ролей.

Завершуючи огляд досліджень вивчення процесів соціалізації в світовій науці, потрібно підкреслити, що розумінню соціалізації різними дослідниками

більшою чи меншою мірою притаманна деяка односторонність цього процесу, спрямованість його від середовища до індивіда за умов деякої пасивності останнього. Такий аналіз потрібен для того, щоб, беручи до уваги досягнення світової соціологічної думки, оцінити рівень дослідження цих проблем у вітчизняній літературі.

У своїх наукових працях І. Кон розглядає соціалізацію як процес засвоєння індивідом соціального досвіду, певної системи соціальних ролей і культури [166, с. 54]. Видатний психотерапевт визначає, що людина стає особистістю, об'єктом і суб'єктом суспільних стосунків, послідовно проходячи різні стадії соціалізації.

У той час як Н. Андрєєнкова досліджує соціалізацію як процес становлення людини як суспільної істоти та виокремлює окремі аспекти, істотні з точки зору соціальних контактів індивіда з навколишніми людьми [77, с. 151]. Із цих позицій у структуру соціалізації вчена включає соціальне пізнання, оволодіння певними навичками практичної діяльності, інтернаціоналізацію певних форм, позицій і ролей вироблення ціннісних орієнтацій і установок, а також залучення людини до активної творчої діяльності.

Наприкінці 70-х років минулого століття дослідження проблем соціалізації доповнюються новими аспектами: аналізом змін умов соціалізації особистості під впливом науково-технічної революції, міждисциплінарним дослідженням людського «Я», вивченням змісту і меж процесу соціалізації.

У 80-ті – на початку 90-х років підвищується інтерес до дослідження різнобічних проблем соціалізації, розширюються напрямки дослідження соціалізації, уточнюються її структура та функції, поглиблюється вивчення соціальних механізмів та інститутів соціалізації, визначаються особливості взаємодії соціалізації та виховання в сучасних умовах.

Отже, головний висновок сучасної теорії соціалізації: особистість, що формується, – не об'єкт якихось зовнішніх впливів, а активний суб'єкт самоосвіти [188, с. 69].

Важливу роль для організації виховного процесу становить положення Дж. Г. Міда про три стадії соціалізації. На першій з них – імітації – діти копіюють поведінку дорослих, не завжди розуміючи її. На другій – ролевих ігор – діти, виконуючи в іграх дорослі ролі, «примірюючи» їх до себе, вчать надавати своїм думкам і діям такого самого значення, що й дорослі. На третій, завершальній стадії – колективних ігор – дитина до розуміння очікувань окремих людей додає групові очікування [181, с. 101].

Однією з впливових моделей соціалізації, положення якої актуалізуються у зв'язку з наростанням національних проблем, є модель «інкультурації» Ф. Боаса, В. Малиновського та ін. [179, с. 144]. Соціалізація в ній розглядається як процес передавання культурної спадщини.

Зробимо короткий огляд моделей соціалізації, в основу який покладена та чи інша теорія соціалізації. Сучасний американський соціолог Н. Смелзер систематизував їх у чотири основні групи:

1. Теорія розвитку особистості (Ч. Кулі, Дж. Г. Мід).
2. Психоаналітичні теорії (З. Фройд, Е. Еріксон).

3. Теорія розвитку пізнання (Ж. Піаже).
4. Теорія морального розвитку (Л. Колберг).

Розглянемо коротко сутність основних моделей кожної із запропонованих груп теорій соціалізації.

Однією з розповсюджених моделей, джерела якої лежать в теорії психоаналізу З. Фрейда, є розуміння соціалізації як розвитку особистісного контролю. Основна ідея, на якій побудована ця модель, полягає у визнанні людей ще від народження асоціальними, внаслідок уроджених агресивних інстинктів. Тому соціалізація носить конфліктний характер і вимагає не тільки особистісного, але і суспільного контролю [188, с. 27].

Поряд з моделлю "особистого контролю" (З. Фрейд) і моделлю «рольового тренінгу» (Т. Парсонс) у західній соціології дуже поширена модель «соціального вчення», представлена більшістю різновидів біхевіоризму (Дж. Доллард, Б. Скіннер, Р. Уолтерс і ін.), яка заснована на відомій формулі «стимул – реакція». Ця модель під соціалізацією розуміє «модифікацію» людської поведінки шляхом «дозування» стимулів, тобто дотримання визначених пропорцій покарання і заохочення для одержання бажаної реакції (поведінки) [38, с. 42]. При вдаваній зовнішній привабливості та реальності подібні методи «соціальної інженерії», що цілком придатні для дресирування білих пацюків й інших тварин, навряд чи можуть бути застосовні для нормального, а не репресивного виховання людини.

Ще одна модель, яка набула поширення в західній соціології, а саме модель «міжособистісного спілкування», розглядає соціалізацію як процес і результат групового впливу на особистість, здійснюваного шляхом міжособистісного спілкування, що відбувається відповідно до об'єктивних законів, закріплених у системі соціальних ролей. Прихильники цієї моделі (Ч. Кулі, Дж. Мід та інші), яка називається «Я-теорія», чи теорія «дзеркального Я», вважають, що особистість виростає з безлічі інтеракцій людей з навколишнім світом, у результаті яких вона навчається дивитися на себе очима інших, тобто мислити про себе як і про інших, а також розуміти поведінку інших людей.

Певний інтерес для організації процесу соціалізації має положення Дж. Міда, одного з розробників концепції, про три стадії соціалізації. На першій з них – імітації – діти копіюють поведінку дорослих, не завжди розуміючи її. На другій – стадії рольових ігор – діти, виконуючи в іграх дорослі ролі, «приміряють» їх на себе, вчать надавати своїм думкам і діям ті ж значення, що й дорослі. На третій, завершальній стадії – колективних ігор – дитина до розуміння очікувань окремих людей додає групові очікування. Оволодіння правилами рольових і колективних ігор підготує дітей до виконання правил гри в суспільстві, що закріплені в законах і нормах. Тим самим здобувається почуття соціальної ідентичності [188, с. 38].

Акцент на розвитку інтелекту, важливості оволодіння мовою в процесі соціалізації дозволяє віднести до прихильників цієї моделі й представників психологічної школи Л. Виготського. Проблема соціалізації розглядається ними у зв'язку з формуванням особистості в процесі взаємодії і взаємовпливу соціальних груп, колективів й особистості. Процес соціалізації з цих позицій

характеризується поступовим розширенням по мірі набуття індивідом соціального досвіду, сфери його спілкування й діяльності, як процесу розвитку й саморегуляції, становлення самосвідомості й активної життєвої позиції [188, с. 65].

Ще одна, «когнітивна» модель соціалізації (Ж. Піаже, Л. Кольберг, А. Маслоу та ін.) побудована на тому, що поведінка особистості детермінована її знаннями, сукупність яких утворює у її свідомості образ (картину) навколишнього світу. Саме ця картина світу, а не сама реальність, керує поведінкою людей. Головним аспектом соціалізації при цьому виступає процес навчання мисленню, розвитку пізнавальних, моральних і емоційних структур особистості. Згідно з теорією Ж. Піаже, когнітивна соціалізація проходить кілька стадій, кожна з яких окреслюється новими навичками, що обмежують можливості навчання людини. Діти проходять ці стадії у визначеній послідовності, хоча швидкість і результативність соціалізації у різних дітей може відрізнятися. Ця концепція була доповнена американським психологом Л. Кольбергом, який в основу переходу від однієї стадії соціалізації до наступної поклав не тільки результати розвитку когнітивних навичок, але й здатність до розуміння й співпереживання (емпатії) почуттям інших людей. Досягнення тих чи інших стадій не пов'язується з віком, а завершальні етапи доступні далеко не всім.

Важливою для розуміння сутності процесу соціалізації є розробка міжрівневого дослідження проблем людини, що акцентує увагу на внутрішніх відносинах, взаємопереходах біологічного, психічного та соціального рівнів. Загальний принцип, якому підпорядковуються міжрівневі відносини, у формулюванні О. Леонтьєва полягає в тому, що «наявний найвищий рівень завжди залишається провідним, але не може реалізуватися лише за допомогою рівнів, що лежать нижче, і в цьому від них залежить» [180, с. 51].

Завершимо параграф деякими узагальненнями та висновками:

1. Поняття «соціалізація» виникло в західній соціології наприкінці ХІХ ст. з метою позначення основного механізму взаємодії людини з іншими людьми, із суспільством у цілому. Таким механізмом вважалося соціальне наслідування, що регулювалося суспільством через систему освіти й виховання, сім'ю та громадську думку.

2. У процесі розвитку наук про людину сформувалася сукупність поглядів на соціалізацію, що об'єднує такі ідеї: про нерозривний зв'язок з освітою та вихованням; про зв'язок соціалізації з адаптивними процесами; про соціальні контакти як одну із змістовних сторін соціалізації; про значення самосвідомості, соціальної орієнтації та розвитку мови для успішної соціалізації.

3. До сучасних моделей соціалізації належать: психоаналітична, або «особистісного контролю» (З. Фройд); «рольового тренінгу» (Т. Парсонс), «соціального навчання» (Дж. Г. Доллард, Б. Скіннер та ін.), «міжособистісного спілкування» (Ч. Х. Кулі, Дж. Г. Мід та ін.), «когнітивна» (Ж. Піаже, А. Маслоу та ін.), «модель інкультурації» (Ф. Боас, В. Малиновский та ін.) та «еволюційна» (Е. Г. Еріксон).

Отже, головною тенденцією у розвитку наукових уявлень про сутність соціалізації є перехід від однорівневого уявлення про неї як такої, що торкається лише «соціальних поверхів» людини, тобто особистості, до багаторівневого підходу, коли соціалізація охоплює також біологічний та психічний рівні людини.

1.2. Соціалізація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в соціально-педагогічному аспекті

Щорічне зростання рівня хронічних хвороб у молоді й дорослого населення країни репродуктивного віку призводить до підвищення рівня інвалідності серед дітей. Структура дитячої інвалідності впродовж останніх років має такий вигляд: найбільшу питому вагу мають природжені аномалії – 23,7%; питома вага хвороб нервової системи – 19,7%; порушень психіки та поведінки – 16%. Проблема дитячого церебрального паралічу набуває особливої гостроти у зв'язку з тенденцією поширення цього захворювання в усіх країнах, зокрема в Україні, констатують 2,4-2,5 випадків на 1000 дитячого населення [18, с. 27].

В умовах розбудови демократичного суспільства в Україні знаходить широку громадську підтримку думка про те, що діти та молодь з порушеннями психофізичного розвитку не повинні бути ізольовані від суспільства, а навпаки – жити, навчатись і виховуватись у навчальних закладах відкритого типу, активно спілкуватися зі своїми однолітками, проживати в родині та мати повноцінне суспільне життя. Видимі порушення окремих людей не повинні викликати негативне ставлення чи вироблення певного «імунітету» з боку суспільства. Відомий діяч Жан Ваньє зазначав, що кожна людина неповносправна, кожен із нас має свої обмеження, тільки неповносправність деяких людей більш видима і її нелегко приховати [153, с. 9].

Розглянемо міжнародне та українське законодавство, яке спрямоване на забезпечення гідного рівня життя людей з інвалідністю. Так, право на повноцінне життя у громаді та реалізацію їх у соціумі людей з інвалідністю забезпечують такі міжнародні документи, як: «Конвенція про права інвалідів» (13.12.2006 р.), «Мадридська декларація» (23.03.2002 р.), «Європейська соціальна хартія» (03.05.1996 р.), «Послідовна політика реабілітації інвалідів» (09.04.1992 р.), «Всесвітня програма дій по відношенню до інвалідів» (03.12.1982 р.) «Декларація про права інвалідів» (09.12.1975 р.), «Європейський кодекс соціального забезпечення» (16.04.1964 р.).

Завдяки клопотанню Національної Асамблеї осіб з інвалідністю України, активній громадській позиції та зверненню до Президента України, членів Уряду, народних депутатів, членів неурядових організацій, які займаються вирішенням проблем людей з інвалідністю, щодо необхідності підписання та ратифікації Конвенції, 16 грудня 2009 року Верховна Рада України ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів і Факультативний протокол до неї. Ця подія стала значним кроком до інтеграції людей з інвалідністю у світову спільноту.

Україна гарантує соціальний захист вразливої категорії через Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2006 р.) [144, с. 10], Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991 р.) [204, с. 3].

Згідно з Законом України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» на базі центрів соціальних служб для молоді діє «Програма соціальної реабілітації дітей-інвалідів і молодих інвалідів», розроблена провідним спеціалістом Українського державного центру соціальних служб для молоді І. Івановою на основі запропонованої Концепції соціальної роботи з дітьми та молоддю [46, с. 55]. Одним із основних завдань Програми є соціально-психологічна й соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями [46, с. 56].

У Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 2006 р. визначено поняття «інвалідність», що означає суттєве обмеження людської життєдіяльності, яке призводить до соціальної дезадаптації особи, ускладнює процес самообслуговування, навчання, набуття професійних навичок [144, с. 4].

Постановою Кабінету Міністрів України № 1686 від 8 грудня 2006 року «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» у переліку послуг, котрі надаються особам з інвалідністю з порушеннями опорно-рухового апарату, передбачена така послуга, як соціально-побутовий патронаж. Відповідно до діючого нормативно-правового акту таку послугу мають надавати центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді функціональними обмеженнями та інші реабілітаційні заклади (для дорослих).

У Постанові Кабінету Міністрів України № 716 від 12 травня 2007 року «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» йдеться, зокрема, про розробку пропозицій відносно соціального супроводу осіб з функціональними обмеженнями та психічними захворюваннями.

Розпорядження Кабінету Міністрів України № 619-р від 25 серпня 2004 року «Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю» відстоює право людей з інтелектуальною недостатністю на вільний вибір місця проживання – «в родині, самостійно, в закладах тимчасового або постійного перебування з забезпеченням їх соціальним супроводом або в стаціонарних інтернатних закладах» [132].

Положення про захист прав людей з інвалідністю є також у таких документах, як «Декларація соціального прогресу та розвитку», «Принципи захисту психічно хворих осіб та покращення психіатричної допомоги тощо» [132].

Отже, в українському законодавстві відобразилась тенденція деінституалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, що дозволило на державному рівні сприяти створенню вищезгаданих закладів. Позитивним фактом є те, що в нормативно-правових актах чітко прописані такі

принципи, як орієнтація на потреби конкретного клієнта шляхом складання індивідуального плану догляду, сприяння соціальній інтеграції, розвиток умінь та навиків клієнтів.

Інтегровальним документом, що охоплює всі сторони життєдіяльності осіб з інвалідністю, є «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів», затвержені ООН у 1994 р. [189, с.12]. Ідеологія Правил базується на принципі забезпечення рівних можливостей, який передбачає те, що особи з інвалідністю є членами суспільства та мають право залишатися жити у своїх громадах. Вони повинні отримувати необхідну їм підтримку у рамках звичайних систем охорони здоров'я, освіти, зайнятості та соціальних послуг. Усього таких правил існує 20 [216, с. 27].

Ще задовго до виникнення цих вищезгаданих понять Л. Виготський писав: «Можливо, недалекою є той час, коли педагогіка буде соромитись самого поняття «дефективна дитина» як вказівки на якийсь непоправний недолік її природи» [42, с. 72]. Учений виділяв особистість дитини з фізичним або інтелектуальним порушенням як основний об'єкт реабілітаційного впливу, закликав фахівців не формально визначати кількість порушень у психометричних процесах, а наголошував на якісному, всебічному й комплексному вивченні дитини. Він наполягав на тому, що дитина з обмеженими можливостями здоров'я – це не просто менше розвинута або недорозвинута дитина, це дитина, яка розвинута інакше, ніж її однолітки [32, с. 72].

Розглянемо основні труднощі у соціалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату. Так, у дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату усвідомлення власної неповноцінності та почуття меншовартості призводить до розвитку або ж захисних стратегій, щоб приховати власні обмеження, або ж до зміни цінностей, способу сприйняття себе та інших людей і розвитку позитивної самооцінки, що інтегрує прийняття власних обмежень.

Іншою захисною стратегією для «підвищення» власної самооцінки можуть стати механізми нарцистичної компенсації, коли захистом від знецінювального сприйняття власної неповносправності стає потреба довести свою винятковість, першість у інших сферах. Відповідно дитині потрібно домогтися вагомих успіхів, визнання, слави у якійсь сфері. Здобуття «першого місця» стає захистом від усвідомлення «я гірший за інших, бо з порушеннями розвитку». Сфери такої компенсації можуть бути різні: академічне навчання, творчість тощо.

Інтенсивність інвестицій хоч і може призводити до розвитку певних здібностей та реальних досягнень, втім стає перешкодою до психологічної адаптації та інтеграції. Відчуття успіху стає своєрідним наркотиком: воно може дати тимчасове відчуття ейфорії, яка насправді є дуже далекою від реального відчуття щастя, за цим короткотривалим відчуттям завжди йтиме «синдром відміни», тож актуальною залишається потреба «нової дози». Без досягнення самоприйняття такі компенсаторні дії мало додаватимуть до щастя особи, і згодом можуть призводити до порушення формування

особистості. Це робитиме особу ще більш самотньою та нещасливою. За неможливості компенсаторних досягнень у реальності вони можуть перейти у площину фантазувань – часто їх виразність досягає такого ступеня, що може серйозно ускладнювати соціальну адаптацію особи з порушення психофізичного розвитку. За недостатності підтримки в середовищі реалістичного сприйняття себе та розвитку здорової позитивної самооцінки такі фантазування можуть стати основою формування психічної патології [137, с. 79].

Отже, аналіз літературних джерел дозволяє нам виділити особливості емоційно-вольової сфери дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, які впливатимуть на подальший розвиток їхньої особистості. Це, зокрема:

- нестійкий емоційний стан;
- схильність до різких змін настрою;
- тривожність, страхи;
- негативне реагування на свою фізичну неповноцінність;
- сором'язливість, невпевненість, конфліктність, агресивність у спілкуванні з однолітками;
- залежність від батьків, надмірна прив'язаність, конфліктність у взаєминах із ними [1, с. 67].

Під поняттям порушень опорно-рухового апарату (далі – ПОРА) фахівці розуміють:

1. Захворювання нервової системи – дитячий церебральний параліч (ДЦП), поліомієліт.

2. Вроджена патологія опорно-рухового апарату – вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість та інші деформації стоп, аномалії розвитку хребта (сколіоз), недорозвиток кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті, артрогрипоз (вроджена потворність).

3. Набуті захворювання і травми опорно-рухового апарату – травматичні пошкодження спинного мозку, головного мозку й кінцівок, поліартрит, захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кінцівок, остеомієліт), системні захворювання скелету (хондродистрофія, рахіт).

4. Порушення опорно-рухового апарату спадкової етіології з прогресуючими м'язовими атрофіями (міопатія Дюшена, невральна аміотрофія Шарко-Марі, аміотрофія Вердинга-Гоффмана та ін.)

У нашій роботі ми розглядали переважно осіб з ПОРА, які мають наслідки ДЦП, міопатії та спинальні захворювання.

Соціалізація дорослих осіб з ПОРА тісно пов'язана з такими процесами, як розвиток, виховання та реабілітація та включає такі складові: соціальна адаптованість, трудова адаптованість, оцінювання перспективи власного дорослого життями, створення у суспільстві недискримінуючого середовища.

Під поняттям «розвиток» мається на увазі процес видозміни від простого до складного, від нижчого до вищого внаслідок накопичення кількісних змін, що ведуть до якісних перетворень.

Для відновлення максимально повноцінних суспільних відношень та реалізації себе як особистості діти та дорослі з ПОРА потребують включення їх у систему реабілітаційних заходів. Не так давно в Україні було створено систему закладів, які дають людині, яка цього потребує, можливість здійснити реабілітацію, тобто – повернення хворого до нормального життя й праці в межах психофізичних можливостей. Реабілітація – комплексна, багатоступеняча система медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення вад розвитку дітей з інвалідністю та дітей з психофізичними порушеннями, інтеграцією їх у соціальне середовище, залучення до громадського життя та праці [47, с. 393].

Однією з моделей соціальної реабілітації дітей з інвалідністю до 18 років є центри комплексної реабілітації дітей з інвалідністю, які є державними реабілітаційними закладами сфери управління Міністерства соціальної політики України. Метою їхньої діяльності є здійснення заходів, спрямованих на розвиток та коригування порушень розвитку дитини з інвалідністю та дитини групи ризику, навчання основним соціальним та побутовим навичкам, розвиток здібностей, створення передумов для інтеграції у суспільство.

Іншою моделлю соціальної реабілітації дітей з інвалідністю з 16 років та дорослих осіб з інвалідністю є центри комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, які є державними реабілітаційними закладами сфери управління Міністерства соціальної політики України. Метою їхньої діяльності є здійснення заходів, спрямованих на професійну орієнтацію, професійну реабілітацію та трудову адаптацію осіб з інвалідністю відповідно їхніх медичних висновків та потреб на ринку праці.

Ще однією моделлю забезпечення соціальної реабілітації та інтеграції у суспільство дітей та молоді з психофізичними порушеннями розвитку є комунальні заклади психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, які забезпечують тривале денне перебування дітей та молоді з функціональними обмеженнями віком від 7 до 35 років. Метою їхньої діяльності є відновлення та підтримка їх фізичного й психічного стану, адаптація та інтеграція у суспільство. Такі центри створюються за рішенням обласної Ради. Центри є об'єктом спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, областей. У своїй діяльності такі центри керуються Конституцією України, законами та кодексами України, нормативними актами Президента України та Кабінету Міністрів України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, Державної соціальної служби у справах сім'ї, дітей та молоді, рішеннями обласної Ради, розпорядженнями голови обласної державної адміністрації, наказами управління у справах сім'ї, молоді та спорту обласної державної адміністрації, обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також власним Статутом.

Центри є неприбутковими організаціями. Фінансування Центрів здійснюється за рахунок коштів обласного бюджету, передбачених для виконання програм, спрямованих на розв'язання проблем дітей, жінок, сімей, фінансування здійснюється також з інших джерел, не заборонених законодавством. Координує роботу центрів Державна соціальна служба у

справах сім'ї, дітей та молоді, контроль та організаційно-методичне забезпечення діяльності здійснюють обласні центри соціальних служб у справах сім'ї, дітей та молоді.

Основним завданням центрів є:

- надання психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, юридичних та інформаційних послуг молоді з функціональними обмеженнями і членам їх сімей;

- створення сприятливих умов для розвитку природних позитивних нахилів, творчих здібностей і самовираження дітей та молоді з функціональними обмеженнями;

- формування готовності для самостійного життєзабезпечення, праці; почуття власної гідності; громадської позиції; входження у суспільство з власним умінням; виховання морально здорового покоління.

Центри, відповідно до покладених на них завдань проводять таку діяльність:

- забезпечують розроблення та виконання реабілітаційних програм;
- надають різні види соціальних послуг;
- залучають батьків до співпраці в процесі реабілітації, надають їм методичні поради;

- організовують клуби за інтересами, проводить конкурси, фестивалі;
- організовують проведення заходів, спрямованих на успішну реабілітацію та інтеграцію в суспільство дітей та молоді, що в ньому перебувають;

- здійснюють лікувально-оздоровчі заходи, надають, у разі необхідності, невідкладну допомогу;

- направляють, у разі потреби, осіб, які звернулися до Центру, до інших закладів та установ, що можуть забезпечити задоволення їх потреб;

- забезпечують щоденне одноразове харчування дітей та молоді, що в ньому перебувають;

- ведуть облік соціальної роботи, готують статистичні, інформаційні та аналітичні матеріали з питань, що належать до їх компетенції.

Третьою моделлю забезпечення догляду та підтримки життя у суспільстві дітей та молоді з порушеннями розумового розвитку є Центри денного догляду для осіб з інвалідністю у наслідок інтелектуальних порушень, які діють на базі громадських організацій, членів Всеукраїнської громадської організації «Коаліція захисту прав осіб з інвалідністю у наслідок інтелектуальних порушень». Фінансування цих центрів здійснюється за рахунок коштів Міністерства соціальної політики України.

За визначенням А. Шевцова, реабілітологія – це наука про феномени, принципи, закономірності, методи й форми організації корекційно-реабілітаційних систем і процесів реабілітування осіб з обмеженнями життєздатності, пов'язаними зі здоров'ям [225, с. 74].

Реабілітологія вбирає в себе не тільки останні дані зі сфери відновлювальної медицини, соціальної педагогіки, різних галузей психології, правознавства, технічних засобів реабілітації, а й успадковує теоретичні знання

та емпіричний досвід дефектології. Остання значною мірою впливає на освітнє підґрунтя практичного функціонування та подальшого наукового розвитку реабілітаційної практики, стає системоутворювальним чинником реабілітології як метасистеми споріднених дисциплін.

Головними завданнями реабілітології є:

- наукове обґрунтування розвитку системи реабілітування, змісту, форм і методів комплексного соціального реабілітування;
- дослідження сутності, структури, функцій реабілітаційних процесів;
- виявлення закономірностей, формування принципів реабілітування;
- розробка змісту та методики самореабілітації людей з обмеженнями життєдіяльності;
- дослідження особливостей і змісту діяльності реабілітолога та шляхів формування і розвитку його професійної майстерності;
- розробка методологічних проблем реабілітації, методик дослідження корекційно-реабілітаційних процесів, узагальнення, розповсюдження та впровадження досвіду реабілітування (зокрема, закордонного) та корекційно-реабілітаційних методик і технологій, здійснення їх порівняльного аналізу у парадигмі реабілітаційної компаративістики [224, с. 74].

Теоретичний рівень пізнання реабілітаційної дійсності складається із багаторівневої системи закономірностей, наукових принципів та концепції реабілітології.

Загальні закономірності охоплюють своєю дією всі рівні реабілітаційних систем, а також реабілітаційний процес як систему:

1. Закономірності цілей, цінностей та завдань системи реабілітування (закон релятивізму реабілітаційних цілей та цінностей).
2. Закономірності змісту реабілітування.
3. Закономірності ефективності реабілітаційного процесу.

Коротко сутність діяльній теорії реабілітування можна відобразити у таких положеннях:

1. Кінцевою метою реабілітування є формування способу дій, що можуть подолати обмеження життєдіяльності, які призводять до інвалідності.
2. Спосіб дій може бути сформований тільки у результаті спеціально організованої усвідомленої діяльності, яку називають реабілітаційною діяльністю реабілітовуваного, або самореабілітовуванням.
3. Механізмом ефективного реабілітування у жодному разі не є «силовим» формуванням або примусовою корекцією необхідних властивостей психіки та організму, нав'язаних суб'єктом об'єктові, а натомість є управлінням свідомою реабілітаційною діяльністю самого реабілітовуваного суб'єкта системного корекційно-реабілітаційного процесу [224, с. 113].

А. Шевцов висловлює думку про те, що реабілітування осіб з інвалідністю – спеціально організований, відкритий, особистісно орієнтований системно-синергетичний процес медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, технічних, правових, економічних, культурних, творчих, інформаційних заходів, спрямованих на усунення обмежень їх життєдіяльності, відновлення їх фізичного, психічного

та соціального здоров'я, соціалізацію, соціальну адаптацію й інтеграцію, оптимізацію рівня діяльності, у тому числі навчальної та трудової, підвищення якості життя людини й формування його незалежного стилю [224, с. 126].

Похідними від принципу особистісної спрямованості є принципи самореабілітування та мотиваційної спрямованості реабілітаційного процесу.

Зміст реабілітування та соціальної адаптації дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату залежить від:

- 1) цілей і завдань реабілітування;
- 2) взаємовідношень інтересу особистості та соціальних потреб;
- 3) нозології та структури фізичного або / та психічного порушення;
- 4) вікової диференціації реабілітованого;
- 5) рівня науково-методичного розвитку теорії та практики реабілітування;
- 6) матеріально-технічних, економічних та соціально-правових умов реабілітування;
- 7) рівня розвитку складових галузей національної системи реабілітування – медицини, системи освіти та психологічної допомоги, системи соціального забезпечення та правової допомоги, сфери виробництва технічних засобів реабілітування [225, с. 74]:

Розуміння сутності реабілітаційного процесу дасть можливість фахівцям реабілітаційних центрів перейти від ставлення до дорослої людини з порушеннями опорно-рухового апарату як об'єкта жалості, до сприйняття її через призму особистих можливостей, тобто дефектологічну модель діяльності реабілітаційних установ [225, с. 143].

Одним з головних чинників соціалізації осіб з ПОРА є корекційно-реабілітаційний простір, головними завданнями якого є корекційний розвиток та соціалізація дитини та дорослої особи з порушення опорно-рухового апарату [225, с. 366]. Ідейною предтечею концепції реабілітаційного простору можна вважати М. Монтесорі з її системою сенсорно-моторного виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку [224, с. 366].

Заслугує на окремий розгляд достатньо дискусійний серед науковців та практиків термін «абілітація» та його співвідношення з терміном «реабілітація». В. Синьов пов'язує абілітування зі «...становленням спроможності людини виконувати свої різноманітні соціальні функції, ...яке відбувається у системній взаємодії двох процесів, перебіг яких триває все життя, – онтогенезу (психофізичного розвитку організму) та соціалізації (входження індивіда у соціальне оточення)» [224, с. 168].

У той самий час у понятійно-термінологічному словнику за редакцією В. І. Бондаря дано таке визначення: «Абілітація (від лат. habilitation – вплив, – система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, лікування, розвиток і корекцію патологічних станів і психологічних порушень у дітей, які ще не адаптовані до соціального середовища, що призводить до стійкої втрати можливості навчатися, працювати) [47, с. 8].

Фахівець із соціальної реабілітації при взаємодії з дитиною, яка має обмежені можливості, має справу не з самою хворобою або порушенням, а з її німи наслідками, тобто вторинними порушеннями. Поняття «вторинні дефекти» введено Л. Виготським [32, с. 87]. Вивчаючи специфіку процесу розвитку нормальної та аномальної дитини, він звернув увагу на те, що будь-який тілесний недолік викликає в поведінці дитини соціальне викривлення [32, с. 99]. Дитина, що народилася з фізичними або психічними недоліками, займає особливу соціальну позицію навіть у своїй родині, її відносини з оточуючими людьми починають протікати по-іншому, ніж у звичайних людей. Тобто наявний у дитини відхилення тягне за собою не лише порушення її діяльності по відношенню до фізичного світу, але, перш за все, розрив всього комплексу взаємозв'язків, що визначають функції громадської поведінки дитини [32, с. 29].

Дуже важливим фактором виникнення вторинних порушень є соціальна депривація – порушення, що тією або іншою мірою заважає спілкуванню, гальмує набуття знань та умінь. Своєчасно не здійснена психолого-педагогічна корекція ускладнює призводить до вираженої вторинної мікросоціальної та педагогічної занедбаності, цілого ряду розладів в емоційній та особистісній сферах, пов'язаних з постійним відчуттям неуспіху (занижені самооцінка та рівень бажань, аутичні риси тощо) [27, с. 117].

На специфіку виникнення вторинних порушень у дітей з відхиленнями в розвитку активно впливають умови оточуючого середовища, спеціально організоване навчання, виховання та соціально-реабілітаційна діяльність. Конфлікти з середовищем в індивіда, що має ті чи інші життєві обмеження, виникають тоді, коли він починає усвідомлювати свою поведінку, порівнюючи себе з іншими людьми [32, с. 22].

Розглянемо особливості соціалізації осіб, які мають такий вид порушення опорно-рухового апарату, як дитячий церебральний параліч.

І. Азарський дає таке визначення дитячого церебрального паралічу: «Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – одне з важких порушень психофізичного розвитку дітей. Виявляється воно, в першу чергу, в порушеннях рухових функцій, що часто поєднуються з розладами мовлення, іншими ускладненнями формування психічних функцій та особистості, а часто – зі зниженням інтелекту. Серед інших порушень опорно-рухового апарату ДЦП є найбільш інвалідизуючим захворюванням дитячого віку» [46, с. 13].

Найтиповішими для таких дітей є такі особливості розвитку [46, с. 32]:

- 1) порушення мовленнєвих функцій, при якому страждає як власне мовлення, так і розуміння зверненого мовлення;
- 2) порушення сенсорно-перцептивних функцій, коли суттєво утруднюється просторова орієнтація;
- 3) порушення функцій пам'яті та уваги, які найбільш виразно проявляються щодо довільної «активної» пам'яті й активної уваги;
- 4) порушення функцій мислення, яке спостерігається стосовно процесів узагальнення й абстрагування, просторового та практичного математичного мислення;

5) підвищена виснажливість, нестійка динаміка продуктивності розумової діяльності;

6) нестійкий емоційний тонус, підвищена, рідше знижена емоційна збудливість, часті перепади настрою;

7) підвищена тривожність, почуття страху;

8) невротизація, яка може виявлятися в різних формах з переважанням астеничних, депресивних та іпохондричних симптомів;

9) можливі порушення у формуванні особистості.

Формування особистості при ДЦП є наслідком взаємодії біологічних і соціальних факторів. Органічне ушкодження центральної нервової системи у вигляді паралічів, парезів, порушень зору та слуху поєднуються із обмеженістю та неуспішністю соціальних взаємин, явищами емоційної депривації у зв'язку з чисельними перебуваннями у лікувальних закладах, ізоляцією від ровесників, неправильним вихованням у сім'ї. Взаємодія цих факторів обумовлює хворобливі емоційні прояви, які часто складають основу для формування певних рис особистості. Хворі діти часто невпевнені у собі, не самостійні, схильні до навіювання їхня особистісна незрілість проявляється у наївності суджень, слабкій орієнтованості в побутових і практичних питаннях життя. За неправильного виховання у дітей і підлітків легко формуються утриманські установки, нездатність та відсутність бажання самостійної практичної діяльності, егоцентризм.

Деякі психологічні особливості властиві дітям із ДЦП, тому попередження їх формування має розпочинатися якнайраніше батьками та педагогами. До таких рис особистості належать: низький рівень самокритики, часто завищена, чи навпаки – знижена, нестійка самооцінка; недостатнє засвоєння комунікативних навичок; своєрідне, вибіркоче прийняття соціальних норм поведінки, заперечення багатьох із них; недостатня соціальна опосередкованість ціннісних орієнтацій і провідних мотивів, загальний соціальний інфантилізм; вузькість кола інтересів, складнощі формування мотиваційної сфери. Діти з церебральним паралічем у дошкільному та шкільному віці зазвичай ще мовчазніші, та їхні відповіді менш різноманітні [27, с. 83].

Л. Шипіцина вирізняє п'ять типів комунікативних порушень при ДЦП, які мають прямий вплив на процес соціалізації [227, с. 73]:

- пов'язані з порушеннями рухів;
- пов'язані з ушкодженням мозку;
- через довготривалу госпіталізацію;
- через соціально-емоційні проблеми;
- у зв'язку з фізичними порушеннями.

Незалежно від ступеня рухових порушень у дітей з ДЦП зустрічаються порушення емоційно-вольової сфери. Вони проявляються в підвищеній збуджуваності дитини, надмірній чутливості до всіх зовнішніх подразників та в лякливості. В одних дітей спостерігаються неспокійність, метушливість, понад міру розкутість, в інших, навпаки – в'ялість, пасивність, безініціативність та рухова уповільненість [27, с. 201].

На думку В. Ковальова та Є. Мастюкової, при досягненні шкільного віку нервово-психічні розлади в дітей з церебральними паралічами можуть проявлятися у вигляді трьох клінічних варіантів ускладненого психічного інфантилізму [27, с. 108]: 1) невропатичний варіант; 2) церебрастенічний варіант; 3) органічний варіант. Ці три варіанти можуть зустрічатися при будь-якій формі ДЦП, супроводжуючись затримками психічного розвитку різного ступеню складності.

У переліку найбільш поширених протиріч у дітей та підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату можуть бути розбіжності між потребами в спілкуванні та складнощами в їхній реалізації, в неадекватному бажанні мати друга, подругу, брати участь в іграх зі звичайними ровесниками, навчатися не у спеціальній, а в звичайній школі та багато іншого. Необхідно мати на увазі, що названі та інші протиріччя, які виникають у дітей, котрі мають життєві обмеження, можуть протікати більш хворобливо й гостро, ніж у «нормальних» дітей, причому багато хто з них не здатен вирішити їх самотужки, їм потрібна допомога дорослих. За умови успішного вирішення внутрішніх протиріч, що виникають у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, особистість дитини розвивається без ускладнень, в разі невдач конфлікти дитини з оточуючим середовищем загострюються.

Отже, рушійною силою психічного розвитку дитини є постійне вирішення протиріч між потребою у нових формах спілкування, взаємовідносин з людьми та старими способами їхнього вирішення.

На думку Л. Акатова, успішна соціалізація дітей та дорослих з ПОРА можлива лише при глибоких знаннях і врахуванні на практиці як основних факторів та умов, від яких залежить нормальний розвиток психіки, так і рушійних сил цього розвитку [1, с. 118].

В. М'ясищев відзначає, що процес розвитку особистості обумовлений зовнішніми та внутрішніми чинниками, при цьому провідну роль у ньому відіграють «різні рівні розвитку різних відносин людини» [27, с. 112]. При цьому він розглядав особистість як систему відносин людини, виокремлюючи три підсистеми [27, с. 137]:

- ставлення людини до предметів зовнішнього світу;
- ставлення людини до людей (взаємовідносини);
- ставлення людини до себе.

У дитини та дорослої особи з церебральним паралічем відзначаються і кількісні, і якісні порушення формування цих відносин.

Формування ставлення дитини з церебральним паралічем до предметів зовнішнього світу характеризується більшою, ніж у здорової дитини, опосередкованістю, меншим потоком сенсорних стимулів, вражень. Рухова недостатність призводить до труднощів візуально-просторової орієнтації, сприйняття предметів. Р. Воронова зазначає, що труднощі практичного оволодіння простором впливають і на мовленнєвий розвиток дітей, зокрема розуміння та правильного застосування предметів [27, с. 142]. У зв'язку з цим, порівняно зі здоровими дітьми, залежність дитини з церебральним паралічем від оточуючих людей, перш за все від матері, нівелюється з віком значно

повільнішими темпами. Чим виразніший ступінь рухових розладів, тим важче йдуть процеси емансипації [27, с.151]. У найбільш складних випадках хворий на церебральний параліч може ніколи не стати до кінця незалежним. Тому і ставлення до оточуючих предметів та явищ у дитини з церебральним паралічем, як і в дітей раннього віку, носить відображений характер. Її емоції повторюють емоції матері або інших значимих людей, що беруть участь у догляді за дитиною та допомагають її інтеграції у навколишній світ [27, с. 156].

Таким чином, особливостями емоційно-вольової сфери розвитку дітей із церебральним паралічем, які впливатимуть на подальший розвиток особистості, є: нестійкий емоційний стан; схильність до різких змін настрою; тривожність, страхи; негативне реагування на свою фізичну неповноцінність; сором'язливість, невпевненість, конфліктність, агресивність у спілкуванні з однолітками; залежність від батьків, надмірна прив'язаність, конфліктність у взаєминах із ними [65, с. 44].

На думку А. Капської, інтеграція в суспільство – це процес поновлення втрачених зв'язків людини з суспільством, що забезпечує її включення в основні сфери життєдіяльності: праця, побут, дозвілля [180, с. 31].

Л. Шипіцина зазначає, що інтеграція в суспільство дітей з інвалідністю – це цілеспрямований процес передачі суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей та потреб різних категорій дітей з інвалідністю при активній їхній участі та забезпечення адекватних для цього умов, в результаті якого відбувається включення дітей у всі соціальні системи, структури, соціуми та зв'язки, що існують для здорових дітей; активна участь в основних напрямках життя та діяльності суспільства відповідно до віку та статі, готуючи і до повноцінного життя, найбільш повної самореалізації та розкриття як особистості [228, с. 102].

У свою чергу, Л. Акатов визначає соціальну адаптацію як постійне, активне пристосування індивіда до умов соціального середовища, а також результат цього процесу [1, с. 53]. Хоча соціальна адаптація проходить безперервно, цей процес, зазвичай, пов'язується з періодами кардинальних змін в житті та діяльності індивіда та його оточення. Центральним аспектом соціальної адаптації є прийняття індивідом соціальної ролі.

Фахівець з соціальної реабілітації – це організатор життя та діяльності дітей з психофізичними порушеннями розвитку в процесі соціальної реабілітації [1, с. 68]. Його завдання полягає в тому, щоб раціонально обирати всі види соціально-реабілітаційного процесу: діагностичну, корекційну, розвиваючу, навчальну, пропагандистсько-консультативну діяльність, діяльність із самоосвіти та саморозвитку тощо, які були б не лише адекватними цілям та задачам соціальної реабілітації, але й доречними з точки зору задоволення потреб дитини.

Важливо, щоб в процесі здійснення реабілітаційних заходів з них зародилася життєва мета – перспектива самої дитини, що в процесі соціальної реабілітації має бути усвідомлена та зрозуміла. Вся подальша соціально-реабілітаційна діяльність багато в чому буде залежати від уміння дорослих

використовувати життєву перспективу дитини, особисті стимули, що приводять в рух її внутрішні сили та індивідуальні здібності.

Реабілітація має бути спрямованою на формування у людини якостей, які можуть допомогти їй більш оптимально пристосуватися до навколишнього середовища. Крім того, реабілітація, будучи за своїм змістом комплексною, повинна бути спрямованою не тільки на особу, а й на всю її сім'ю. Реабілітація має сприйматися не лише як боротьба проти хвороби, а й за людину та її місце у суспільстві. Тому кінцевими результатами мають бути не лише медико-фізіологічні показники, а й показники соціальні, та наслідками – соціально-рольова функція реабілітованого, адекватна його потенційним здібностям. На думку А. Шевцова, соціальна реабілітація дітей з порушеннями психофізичного розвитку має забезпечувати:

- навчання основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо);
- пристосування побутових умов до потреб дітей з інвалідністю;
- соціально-побутове влаштування та обслуговування;
- опанування навичками захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих;
- опанування навичок спілкування, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (соціальний, медичний, юридичний супровід, побутові послуги) [224, с. 124].

Аналізуючи різні думки щодо ставлення до дітей з психофізичними порушеннями розвитку, А. Капська виокремлює такі аспекти життєдіяльності дитини, які є найбільш значущими для розкриття реабілітації як соціального процесу [180, с. 232]:

Ставлення до психофізичного порушення дитини. Воно може проявлятися в таких категоріях, як усвідомлення (повне, часткове) чи не усвідомлення, сприйняття чи не сприйняття (дитиною), пригніченість (стан), адаптація чи дезадаптація, депривація тощо.

Зазначені категорії не є стабільними і піддаються змінам відповідно до рівня розвитку особистості, до того ж ставлення до власного порушення обумовлене ставленням людей, що оточують дитину як індивіда й особистість.

2. Взаємини в сім'ї. Тут найбільш поширеними можуть бути категорії стійкості чи нестійкості, доброзичливості чи відчуження, гіперопіки чи гіпоопіки (недостатня увага), ефективності (надмірність батьківського роздратування, незадоволення тощо), авторитарності виховання, гіперсоціальності (спроба будувати виховання за певною схемою), примусу, репресій тощо.

Так, за сукупністю причин та факторів, що викликають сімейне благополуччя чи неблагополуччя, визначальним є стан міжособистісних відносин і традиції виховання в сім'ї.

3. Навички самообслуговування. У даному випадку спектр опису в категоріях є досить широким і багато в чому пов'язаний з понятійним апаратом дитячої, вікової та педагогічної психології. Сюди входять предметна діяльність,

маніпулювання, дії, зона найближчого розвитку, уміння, навчання, наслідування, звички тощо.

Прояви особистості дитини у сфері самообслуговування є досить різноманітними. Одним із важливих індикаторів тут є можливість опосередкування, самостійного регулювання своєї поведінки.

Розвиток навичок самообслуговування посідає особливе місце у вихованні та соціалізації. Зокрема, враховується той фактор, що у всіх дітей з відхиленнями у розвитку досить важко формуються дрібні ручні навички – дрібна моторика, координація рухів й орієнтація у просторі.

4. Рухова активність. Цей аспект реабілітаційної діяльності є досить важливим для всіх категорій дитячої інвалідності, але вона є удвічі значущою для дітей, що страждають на ДЦП. Тому головними категоріями для цієї групи можна назвати корекційні фізичні вправи, руховий режим, корекція помилкових установок опорно-рухового апарату (кінцівок, частин хребта тощо), подолання слабкості (гіпотрофія, атрофія) окремих м'язових груп, поліпшення рухливості у суглобах (профілактика або розробка контрактур), розвиток предметно-маніпулятивної діяльності рук (пальців рук) та інші.

5. Пізнавальна активність. У першу чергу, вона пов'язана зі стимуляцією сенсомоторного розвитку дитини. Розвиток сенсомоторних функцій у поєднанні з емоційно-позитивним спілкуванням дитини служить основою формування всіх психічних функцій, які представлені в категоріях: мовлення, увага, цілеспрямована діяльність, емоційна реакція, комплекс оживлення, мислення, уявлення та ін.

Специфіка сенсомоторного виховання дитини з відхиленнями у розвитку спрямована на одночасний розвиток органів відчуття і моторики дитини. У випадку розладу опорно-рухового апарату (ДЦП) реабілітаційне середовище повинно враховувати правильність розміщення тіла, голови, рук, ніг, що пов'язано з такою категорією, як поза.

Досить часто у дітей, які мають наслідки ДЦП, зустрічається порушення формування однієї з важливих сенсомоторних функцій – фіксація зору на одному й тому ж предметі. У свою чергу, це пов'язано з такими психологічними категоріями, як зорова зосередженість і стеження за предметом, а у випадку прояву в дитини позитивних емоцій – з першими голосовими реакціями.

6. Соціальна активність. Це поняття розуміється як складна динамічна функціональна система, яка характеризується сімейно-побутовою, комунікативною, суспільно-трудовою діяльністю, проявом духовних і фізичних здібностей людини в гармонії з соціальним середовищем, природою. Вона включає чималу кількість категорій медичної, валеологічної, екологічної спрямованості: гігієну, здоровий спосіб життя, профілактику захворювань, соціальну роботу превентивного характеру, відносини з природою, забруднення навколишнього середовища, урбанізацію, генетичні зміни, інвалідизацію, діагностику тощо [180, с. 232-237].

У той же час в літературі є інший, досить популярний термін, а саме – соціально-середовищна реабілітація. Цей вид соціальної реабілітації дітей з

порушеннями здоров'я можна визначити, як комплекс заходів, спрямованих на створення оптимального середовища їхньої життєдіяльності, забезпечення умов для відновлення соціального статусу й утрачених суспільних зв'язків. Така реабілітаційна діяльність націлена на забезпечення осіб з інвалідністю спеціальним устаткуванням і оснащенням, що дає змогу їм бути відносно незалежними в побутовому плані. Можна бачити, що ці терміни об'єднують визначення майже однієї й тієї ж зони реабілітаційного поля. Проте, за певних умов, ці реабілітаційні конструкти можуть і відрізнятися або включати один одного [29, с. 113].

Осмилюються зміст і методи комплексної реабілітації дітей з психофізичними порушеннями розвитку, яка поряд із медичною реабілітацією включає важливі, але менше розроблені в Україні, аспекти психо-соціальної реабілітації. Такими є:

- *фізична реабілітація* – фізичний розвиток дитини, оволодіння навичками і пристосуваннями самообслуговування, які полегшують труднощі повсякденного життя людини з психофізичними обмеженнями, роблять її менш залежною від найближчого оточення;

- *психологічна реабілітація* – компенсація й розвиток психічних функцій та особистості дитини;

- *соціальна реабілітація* є продовженням психологічної й спрямована на розвиток здатності до суспільного життя – самореалізації в посильній праці, спілкуванні, громадській діяльності [66, с. 58].

Психологічна адаптація дитини до власних проблем і потреб, пов'язаних з інвалідністю, визначалась як відносно висока, середня й низька. Під соціально-психологічною адаптацією дітей з психофізичними порушеннями розвитку розуміють процес активного пристосування індивіда до мінливого середовища [77, с. 68]. Адаптація дитини є складовою процесу її соціалізації, яку розглядають, з одного боку, як процес інтеграції, під час якого індивід із певними біологічними задатками набуває якостей, необхідних йому для життєдіяльності в суспільстві, а з іншого, як процес формування, розвитку й становлення особистості під впливом навчання, виховання та засвоєння елементів культури, норм, цінностей і соціальних ролей, які є сутнісними для цього суспільства та певних соціальних спільнот [77, с. 112].

В. Ляшенко вважає важливим елементом соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку формування в них життєвої компетентності. Життєва компетентність дітей з порушеннями психофізичного розвитку не може бути абстрагована від їхнього реального стану здоров'я та умов життєдіяльності. Це зумовлює, на думку Т. Титаренка, необхідність урахування основних ситуацій в житті дітей, які за своїм змістом і характером можуть бути емоційно-складні, проблемні, критичні, кризові, екзистенціальні та термінальні [198, с. 180; 200, с. 142].

І. Яшук та інші науковці наголошують на тому, що життєва компетентність – це знання, вміння, життєвий досвід, необхідний для розв'язання життєвих завдань і продуктивного здійснення власного життя [234, с. 7].

Для дітей та молоді з порушеннями опорно-рухового апарату соціально-побутова адаптація є життєвою потребою. Завдяки оволодінню навичками самообслуговування не тільки підвищується рівень їхньої самостійності, а також вирішується питання про розширення життєвого простору, про можливість подальшої роботи в колективі.

У розвитку соціально-побутових навичок суттєвим моментом є формування в дітей та молоді з психофізичними порушеннями розвитку та їхніх батьків психологічної установки на принципову можливість побутової самостійності дітей і необхідності створення середовища, що стимулюватиме активний розвиток компенсаторних навичок.

Однією з визнаних у світі технологій надбання життєво значимих рухових навичок є кондуктивна педагогіка А. Пето [228, с. 88]. Впровадження елементів кондуктивної педагогіки в соціально-освітній процес передбачає набуття побутових навичок з використанням усіх компонентів освітнього середовища – від лікувальної фізкультури до загальноосвітніх уроків та позаурочного часу. Згідно з цією методикою, розвиток соціально-побутових навичок має супроводжуватися формуванням культури поведінки в життєвих ситуаціях, що буде направлена на підтримку коректних стосунків з тими, хто поруч, збереження та покращення навколишнього середовища, розвиток потреби в охайності [27, с. 118].

Важливою складовою соціалізації осіб з ПОРА є їхня трудова адаптованість, формування якої починається з професійної орієнтації. Заходи з професійної орієнтації здійснюються в умовах Центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю відповідно до Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів (наказ Міністра від 13.02.2007 №48) і складаються з:

- розробки рекомендацій та їх реалізації щодо можливостей дитини або підлітка з ПОРА у здійсненні вільного вибору професій, спеціальностей, форми зайнятості та шляхів реалізації особистості в умовах ринкових відносин, прогнозування, планування кар'єри в обраних дитиною або підлітком з ПОРА сферах діяльності;
- реалізації наявного потенціалу дитини або підлітка з ПОРА та ефективної її інтеграції в суспільне виробництво та соціальне життя.

На підставі Індивідуального сімейного плану реабілітації, складеного Реабілітаційною комісією Центру, визначаються строки, тривалість, послідовність та комплексність заходів з професійної орієнтації дітей та підлітків з ПОРА.

Професійна орієнтація в умовах Центру здійснюється на основі практичних знань, умінь, форм і методів у поєднанні з соціальними, психологічними та педагогічними заходами.

На підставі соціальної діагностики дітей та підлітків з ПОРА, робота з професійної орієнтації здійснюється фахівцями Центру у співпраці психолога, вчителя з трудового навчання, соціального працівника, вчителя-реабілітолога з належним медичним супроводом.

Заходи з професійної орієнтації можуть проводитися для дітей та підлітків з ПОРА протягом всього процесу реабілітації в умовах центру. Для досягнення успішних результатів у цьому напрямку обов'язкова участь батьків. Проте критичний вік, на якому необхідно зосередити увагу фахівців Центру, це вік від 14 до 18 років. Саме в цей період життя в дитини формується інтерес до певної професії (спеціальності), зайнятості, умов і організації праці, заробітної платні, ставлення до роботи та ін.

Основні принципи професійної орієнтації полягають у ранній та безперервній трудотерапії в майстернях різного профілю, метою якої є надання дитині з інвалідністю навичок простих видів праці.

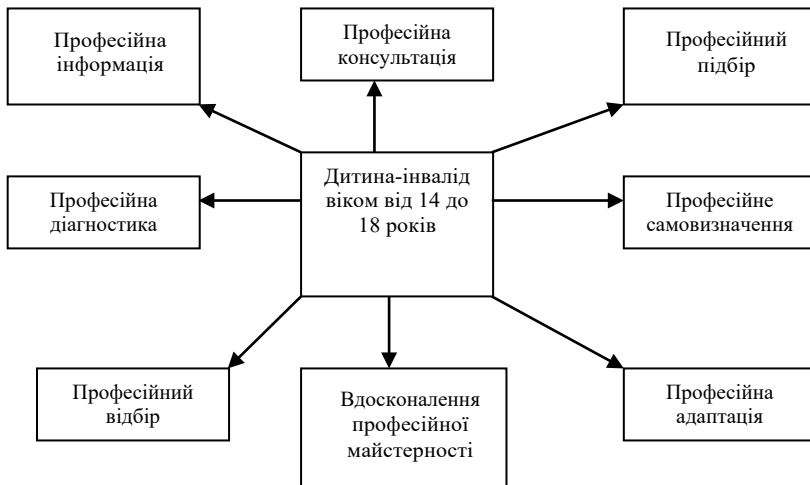
Розглянемо більш детально організацію професійної орієнтації осіб з ПОРА в умовах центру реабілітації.

Метою професійної орієнтації є:

- забезпечення соціальних гарантій у сфері вільного вибору професії, форми зайнятості та шляхів самореалізації дітей та підлітків з ПОРА в умовах ринкових відносин;
- досягнення збалансованості між професійними інтересами дітей та підлітків з ПОРА, її психофізичними особливостями та можливостями ринку праці;
- прогнозування професійного успіху в будь-якій сфері трудової діяльності;
- сприяння розвитку професіоналізму особистості як важливої умови її задоволення працею, реалізації індивідуального потенціалу.

Таблиця 1.1.

Заходи з професійної орієнтації дітей з інвалідністю



- Проведення професійної орієнтації передбачає низку заходів:
- з'ясування рівня загальної та професійної освіти дитини та підлітка з ПОРА віком від 14 до 19 років;
 - виявлення кола потенційно доступних дитині та підлітку професій;
 - діагностику індивідуальних професійних можливостей;
 - ступінь розвитку пізнавальних функцій;
 - актуальний запас знань, уявлень;
 - ступінь розвитку конструктивно-практичної діяльності, навичок, умінь;
 - психологічна діагностика здібностей;
 - виявлення професійних інтересів, переваг, планів як самої дитини й підлітка, так і дорослих членів сім'ї по відношенню до неї;
 - розширення загальної уяви про світ професій та докладна інформація про об'єктивно доступні дитині професії;
 - у разі необхідності корекції професійних намірів дитини та підлітка та дорослих членів її сім'ї по відношенню до неї, допомога у виборі відповідної професії;
 - організація професійного навчання за обраною професією. Основні методи професійної орієнтації:
 - інформування (індивідуальне, групове, масове, безпосереднє (лекція, бесіда), опосередковане (засоби масової інформації));
 - професійне консультування;
 - професійний відбір;
 - анкетування;
 - тестування;
 - педагогічні методи.

Професійна діагностика проводиться групою спеціалістів Центру з поєднанням педагогічних та психологічних заходів та медичного супроводу. Фахівцями Центру здійснюється робота з професійної інформації, яка дає змогу дітям та підліткам з ПОРА ознайомитися з різними професіями, з вимогами, які ці професії висувають до людини, а також, де ними можна оволодіти. Це можуть бути бесіди, лекції, перегляд телепрограм профорієнтаційного спрямування, проведення кінолекторіїв з професії, зустрічі з керівниками підприємств, директорами центрів професійної реабілітації осіб з інвалідністю.

Професійна консультація – складова частина професійної орієнтації, яка проводиться з урахуванням фізичних та психологічних особливостей дітей та підлітків з ПОРА, їхніх здібностей та схильностей, загальної та професійної підготовки, а також відомостей про попит професій на ринку праці, можливостей працевлаштування та навчання за тими чи іншими професіями та спеціальностями.

Професійна консультація включає в себе:

- професійну інформацію – повідомлення про попит професій на ринку праці та можливості професійного навчання; умови прийому у професійні навчальні заклади; особливості окремих професій (зміст та умови праці, вимоги, які висуваються до робітника, сфери застосування професії, можливості подальшого підвищення кваліфікації тощо);

- бесіду – практичні поради вчителів, батьків, які добре знають дитину та підлітка з ПОРА, особливо коли їй складно зробити самостійний вибір або вона робить його у протиріччя з особистими якостями, станом здоров'я та економічною ситуацією;

- визначення професійної придатності на основі психологічного вивчення особистості. Ця форма професійної консультації найбільш відповідальна і повинна проводитися тільки спеціалістами Центру.

Професійна консультація засновується на таких принципах:

- 1) добровільної участі дитини та підлітка в консультації;
- 2) її активності у прийнятті рішення;
- 3) конфіденційності діагностичної інформації;
- 4) існування декількох варіантів вибору.

Професійна консультація проводиться в декілька етапів та включає:

- попередню бесіду;

- психологічну діагностику здібностей та схильностей: анкетування дитини або підлітка з ПОРА, вивчення її інтересів до різних сфер діяльності (опитувальник «Карта інтересів»), вивчення інтересів та нахилів дитини або підлітка на основі класифікації професій (Диференційно-діагностувальний опитувальник); вивчення комунікативних й організаторських нахилів, пізнавальних та соматичних здібностей; вивчення рис характеру дитини або підлітка з ПОРА [163, с. 167];

- вироблення плану життєвого шляху та визначення професійного вибору.

Процес вірогідної оцінки професійної здатності дитини або підлітка з ПОРА, вивчення можливостей оволодіння нею обраною спеціальністю. У професійному відборі визначають чотири складові:

- медичний;
- фізіологічний;
- педагогічний;
- психологічний.

Поняття «професійний відбір» та «психологічний відбір» часто ототожнюються, тому що суттю останнього є діагностика та прогнозування здібностей.

Основні етапи психологічного професійного відбору:

- отримання та первинна обробка необхідної вихідної інформації;

- формулювання прогнозів на основі здібності до даного виду професійної діяльності та оцінка запропонованого рівня придатності дитини з інвалідністю;

- верифікація прогнозів.

Система психологічного професійного відбору включає комплекс спеціальних діагностичних методик, технічних засобів та стандартизованих процедур. Також використовуються прийоми узагальнення, інтерпретації отриманої діагностичної інформації та складання прогнозів успішної діяльності.

Важливим чинником цього процесу є своєчасність професійного самовизначення, яке передбачає три етапи. Як відомо, найбільше правильному вибору професії сприяє практична діяльність. Тільки спробувавши свої сили на практиці, можна говорити, наскільки подобається робота, чи сприяє вона самореалізації. Професійне самовизначення передбачає три етапи:

1) Розвиток інтересу дитини до навколишніх об'єктів і формування наочно-маніпулятивних умінь.

2) На другому етапі передбачається проведення занять художньої творчості: малювання, ліплення, аплікація, а також початок роботи за такими напрямками допрофесійної підготовки: рослинництво, шиття, в'язання, лозоплетіння та ін.

3) Третій етап спрямований на формування таких якостей у дітей з інвалідністю, які б дозволяли їм реалізовувати свої знання [158, с. 47-49].

Тривалість проходження етапів і зміст допрофесійної підготовки кожної дитини та підлітка з ПОРА залежить від його індивідуальних особливостей розвитку та визначається індивідуальним планом реабілітації.

Професійна адаптація – пристосування, звикання дітей та підлітків з ПОРА до свідомо вибраної професії.

Розглянемо напрямки професійної орієнтації дітей та підлітків з ПОРА в умовах центру соціальної реабілітації, які аналізувалися автором у його роботах [158; 160; 161]:

1. Рослинництво передбачає засвоєння таких доступних навичок для дітей і підлітків, як поливання рослин, розпушення ґрунту, підготовка насіння до посадки, виготовлення ґрунтових сумішей для кімнатних рослин і розсади. Формування екологічної культури дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату передбачає навчання бережливому ставленню до свого здоров'я, навколишніх людей, природи. Для більш ефективної реалізації екологічного виховання необхідно при будівництві нових центрів соціальної реабілітації передбачити таке оформлення прилеглої території, яке дозволяло б організувати прогулянки вихованців, а також доступну для них роботу з вирощування рослин та догляду за ними.

2. Навчання шиттю передбачає засвоєння доступних операцій роботи з тканиною та шкірою з використанням ножиців, голок, шпильок, лінійки, шаблонів, електричної швейної машинки, оволодіння операціями шиття на електричній швейній машинці, націлене на виготовлення простих виробів з тканини: серветок, сумок, мішечків, формування навичок роботи з праскою.

3. Ліплення передбачає виготовлення творчих робіт з різних пластичних матеріалів. Уміння й навички, сформовані в ході засвоєння різної наочно-практичної діяльності є основою навчання ліпленню. На заняттях з ліплення діти та підлітки з ПОРА вчатья ліпити знайомі прості предмети, об'єкти навколишньої дійсності, передаючи їх форму, колір, просторові відносини. У процесі роботи діти та підлітки знайомляться з різними пластичними матеріалами, їх властивостями.

4. Аплікація – один з видів прикладного мистецтва, який використовується для художнього оздоблення різних предметів за допомогою

прикріплення до основного фону вирізаних декоративних або тематичних форм. За своїм змістом аплікація ділиться на наочну (складається з окремих зображень), декоративну (орнаменти, узори), сюжетну (відображає сукупність дій, подій). Навчання аплікації засноване на уміннях і навичках, сформованих у ході наочно-практичної діяльності й націлене на засвоєння дітьми та підлітками прийомів виготовлення аплікаційних робіт. Аплікація дозволяє дитині та підлітку побачити контур предмета, який потім стане основою графічного образу. Для розвитку в дитини та підлітка образотворчих навичок (уміння відображати предмет тієї чи іншої форми) виконуються такі заходи:

- виховання в дітей інтересу до виконання аплікаційних робіт;
- знайомство з різними матеріалами й інструментами;
- формування умінь виконувати наочну, декоративну, сюжетну аплікації;
- розвиток творчого ставлення до роботи з аплікаційними матеріалами;
- формування умінь готувати і прибирати робоче місце.

5. Малювання націлене на засвоєння дітьми та підлітками доступних прийомів образотворчої діяльності. Базовими для навчання малюванню є сформовані предметно-практичні дії.

Зміст навчання спрямований на:

- знайомство з матеріалами й інструментами, за допомогою яких діти вчаться отримувати прості зображення;
- засвоєння прийомів наочного малювання;
- навчання виконанню сюжетних і декоративних малюнків.

Важливим завданням є навчання дітей та підлітків готувати й прибирати робоче місце. Програма має передбачити два етапи навчання: підготовчий й образотворчий. Процес малювання цікавий і захоплюючий для дітей та підлітків. Мазками й штрихами дитина та підліток з ПОРА вчиться передавати явища навколишнього середовища, знайомі предмети, створює нові образи і шукає засоби для їх втілення.

Разом з формуванням навичок образотворчої діяльності в дітей та підлітків з ПОРА виховується емоційне ставлення до світу, розвивається сприйняття, уява, зорово-рухова координація, перцептивно-моторні уміння.

Для забезпечення можливості профорієнтаційної роботи, реалізації наявного потенціалу та знаходження шляхів раціонального працевлаштування дітей та молоді з ПОРА, що сприятиме поступовій ефективній їх інтеграції в суспільне виробництво й соціальне життя, у центрі соціальної реабілітації створюються такі трудові майстерні:

- швейні;
- майстерня з лозоплетіння;
- майстерня з виготовлення декоративних свічок;
- столярна майстерня;
- слюсарна майстерня;
- майстерня художньої кераміки;
- фотомайстерня;
- майстерня гарденотерапії та ін.

Заняття в майстерні проводить учитель з трудового навчання. Група дітей складається з 8 осіб.

Заняття у швейній майстерні передбачають виготовлення м'якої іграшки, виробів з бісеру з елементами аплікації, вишивки та макраме й сприяють розвитку дрібної моторики, розвивають навички роботи з тканиною, клеєм та бісером. Такі заняття виховують у дітей та підлітків з ПОРА охайність, увагу та любов до прекрасного [163].

На заняттях у майстерні художньої кераміки діти та підлітки з ПОРА оволодівають навичками ліплення з глини, наносять рельєф за допомогою стеків, розвивають пам'ять, мислення, увагу, м'язи рук.

Майстерні з лозоплетіння, соломоплетіння, виготовлення декоративних свічок, столярних та слюсарних виробів, фотомайстерня повинні бути обладнані необхідними інструментами, формами, обладнанням. У них діти та підлітки з ПОРА вчать ся виготовляти фотографії, рамки для фото, картин, оздоблювати їх лозою.

Звернемо увагу на ще одну складову соціалізації осіб з ПОРА – це формування перспективи власного сімейного життя, фундаментом якої є сімейне виховання дитини з ПОРА та створення можливості для реалізації власних сімейних цінностей у соціумі.

Люди з порушеннями опорно-рухового апарату та їхні родини дуже часто перебувають у психологічній та соціальній ізоляції. У маленьких містечках та селах практично немає реабілітаційних закладів. Разом із тим, у більшості розвинутих країн світу значне поширення отримали концепція нормалізації та принцип інтеграції людей з порушеннями опорно-рухового апарату в суспільство.

На такому підґрунті виникла концепція підтримувального проживання (останнім часом в професійній літературі зустрічаються терміни «супровід» або «проживання із супроводом», які застосовуються для того, щоб додатково підкреслити самостійність суб'єкта при прийнятті рішень).

На думку А. Шевцова, концепція «незалежного життя» змінює наші погляди на проблему співвідношення процесу соціалізації та соціальної адаптації людини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Поняття «підтримувальне проживання» (англ. supported living) має на увазі не тільки та не стільки перебування людей з порушеннями опорно-рухового апарату у звичних для них будинках. Це, перш за все, розгалужена система послуг та організований соціальний супровід, який дає змогу людям з особливими потребами жити в умовах, найбільш наближених до типових, тобто прийнятих у певному суспільстві та конкретній культурі [140, с. 17].

Сама ідея підтримувального проживання символізувала зміну парадигм та новий етап в соціальній роботі, тому що порушення опорно-рухового апарату перестали вважатися складною патологією та домінуючою ознакою людини. Особистість почала розглядатися цілісно: в контексті певних обставин, соціальних та фізичних умов, психічних особливостей.

У деяких джерелах ще зустрічається термін «незалежне проживання» (від англ. independent living). Наприклад, Шведський інститут незалежного

проживання визначає його як особливу філософію та громадський рух людей з особливими потребами з метою повної реалізації їхніх особистих та громадянських прав і свобод, самореалізації та надання рівних можливостей усім членам суспільства. Оскільки саме словосполучення «незалежне проживання» має деякий семантичний відтінок відокремленості, фахівці Шведського інституту пояснюють: «Незалежне проживання не означає, що ми пропонуємо людям з особливими потребами робити все самостійно. Дана концепція, перш за все, передбачає, що ці люди мають право на такий самий рівень контролю над власним життям, як і інші члени суспільства. Ми повинні визнати, що люди з функціональними чи інтелектуальними обмеженнями – найкращі експерти стосовно власних потреб та власного життя» [137, с. 14].

Ідея підтримувального проживання людей з порушеннями опорно-рухового апарату базується на декількох основних принципах:

- 1) кожна людина – цінна та неповторна особистість, що гідна поваги та уважного ставлення;
- 2) усі люди, що проживають в певній країні, мають абсолютно однакові громадянські права та обов'язки;
- 3) при наданні соціальних послуг враховується думка опікунів та родичів клієнта, яким потрібно надавати різноманітну допомогу й організовувати ефективний соціальний супровід;
- 4) соціальні послуги, що надаються людям з порушеннями опорно-рухового апарату в системі підтримувального проживання, повинні мати чітко визначені стандарти, які відображають потреби цієї категорії людей [137, с. 17].

Українські нормативно-правові акти досі не використовують поняття «підтримувальне проживання», оскільки немає його офіційного тлумачення. Але разом із тим, типове положення про установу постійного та тимчасового перебування осіб з розумовою відсталістю передбачає можливість створення реабілітаційного закладу, «цільовим призначенням якого є здійснення постійного та тимчасового цілодобового догляду за особами з розумовою відсталістю, що потребують стороннього догляду, денної зайнятості та наступної інтеграції їх у суспільство» [137, с. 21]. Ми вважаємо, що аналогічних соціальних послуг потребують особи з ПОРА задля реалізації свого права на самостійне доросле життя і створення власної сім'ї.

Створення можливостей реалізації концепція підтримувального проживання надасть можливість особам з ПОРА реалізувати себе у власних родинях та вихованні власних дітей. Отже, важлива роль у формуванні перспективи власного дорослого життя осіб з ПОРА та їхньої готовності до створення родини та незалежного проживання належить їхній сім'ї.

Сім'я є однією з найдавніших форм спільності людей. Вона виникла раніше за нації та держави. Саме сім'я завжди була і буде найважливішим середовищем формування та розвитку особистості, яке відповідає не тільки за соціальне відтворення населення, а й за збереження певного способу життя. Сьогодні особливо зростає роль сім'ї у вихованні підростаючого покоління.

Сім'я виступає найважливішим інститутом соціалізації дитини, і від розвитку виховного потенціалу родини, рівня її адаптивних можливостей і

життєвої позиції кожного із членів залежить, наскільки цей процес буде позитивним і наскільки ефективно відбуватиметься реабілітація людини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Фундаментом сучасних досліджень із питань сімейного виховання дітей з обмеженими фізичними можливостями є педагогічна спадщина А. Макаренка, В. Сухомлинського, українських педагогів-просвітителів О. Павлович, С. Русової, О. Азарської. А. Макаренко зазначав, що для успішного сімейного виховання вирішальним є активне, постійне, цілком свідоме виконання батьками їх громадянського обов'язку перед суспільством. Там, де цей обов'язок реально відчувається батьками, де він становить основу щоденного їх самопочуття, там існує стабільність у стосунках, панує взаєморозуміння і взаємоповага один до одного. Сім'я повинна бути колективом, і якщо це не так, то вона втрачає своє значення в організації виховання дитини [201, с. 42].

Останнім часом у психологічній літературі з'явилися публікації, присвячені дослідженню сім'ї та найближчого оточення дитини з інвалідністю таких авторів, як І. Багдасар'яна, Т. Богданової, А. Варга, Б. Волковської, Е. Ейдемільер, А. Захарова, В. Ковальова, Б. Корсунської, Н. Лур'є, Н. Мазурова, Є. Мастюкова, А. Московкіна, В. Мясіщева, А. Прихожан, Ф. Рау, В. Рожнова, Є. Савіна, Н. Слезіна, В. Сорокіна, А. Співаковської, В. Сталін, Б. Ткачова, О. Чарова, В. Юстіцкіс та інших.

В. Ткачова зауважує, що матері, які виховують дитину з дитячим церебральним паралічем, так само, як і матері дітей з іншими варіантами дизонтогенезу, знаходяться в ситуації так званого батьківського стресу, стадії та зміст якого описували багато науковців: М. Гуслова, Р. Майрамян, Є. Мастюкова, А. Московкіна, І. Саломатіна та інші [200, с. 15].

Результати аналізу наукових джерел показали, що існує певний ступінь залежності між емоційно-оцінювальними компонентами матері та підлітка, який має наслідки ДЦП, що по-особливому проявляється в несприятливому емоційному фоні.

Р. Абрамович-Лехтман зазначає, що діти та молодь з ДЦП, як правило, симбіотично прив'язані до матері, яка здійснює їхній зв'язок з навколишнім світом, являється для них єдиним джерелом інформації, гарантом безпеки. Подібні стосунки призводять до пригнічення природної активності дитини, її прагнення до самостійності, роблять її егоцентричною, невпевненою в своїх силах, безініціативною [38, с. 110].

Так, О. Безпалько, виходячи з того, що сім'я є першоосновою духовного, економічного та соціального розвитку суспільства, виокремлює такі її функції:

- господарсько-економічну – планування сімейного бюджету, організація побуту сім'ї та споживчої діяльності по веденню домашнього господарства;
- репродуктивну – продовження людського роду через народження дітей;
- комунікативну – створення сприятливого сімейного мікроклімату, організація внутрішньосімейного спілкування;
- виховну – передача дорослими членами сім'ї соціального досвіду дітям;

- рекреативну – організація вільного часу та відпочинку сім'ї, розвиток інтересів і потреб її членів;
- психотерапевтичну – психологічна підтримка членів сім'ї в різних життєвих ситуаціях, створення доброзичливого емоційного клімату в сім'ї з метою відновлення фізичних і психічних сил членів родини, витрачених у різних стресових ситуаціях [9, с. 59].

Сім'я відіграє велику роль у здійсненні заходів соціально-психологічної адаптації дітей з психофізичними порушеннями розвитку, яку розуміють як процес активного пристосування індивіда до зміненого середовища за допомогою різних засобів [77, с. 93]. Як зазначає І. Зверева, не тільки особливості захворювання і наявність порушень зовнішності визначають особливий стан формування особистості. Ефективність адаптації як процесу зумовлюється ставленням окремих людей і суспільства в цілому до проблем інвалідності, певною внутрішньою позицією найближчого соціального оточення (батьків, родичів, друзів) людини з обмеженими можливостями та її уявленням про власну особистість, перспективи і можливості в соціальній реалізації [108, с. 340].

Соціально-психологічної адаптації потребує і сама родина, що виховує дитину або молоду людину з психофізичними порушеннями розвитку, яка має виконувати ще й такі функції, як коригувально-розвиваюча, що пов'язана зі спрямованістю особистості дитини з обмеженими фізичними можливостями та її батьків активно брати участь у реабілітаційному процесі й досягати поставлених реабілітаційних задач. Також корекція передбачає оволодіння дитиною загальноосвітніми й професійними знаннями, навичками й уміннями; створення батьками умов для самообслуговування дитини з обмеженими фізичними можливостями та її автономності в майбутньому. Компенсаторна функція, що забезпечує розвиток внутрішнього потенціалу дитини до відновлення (регенерації, репарації, реституції) або компенсації порушень в анатомо-функціональній цілісності органів, тканин, систем й організму в цілому, створення умов для використання, розвитку й адаптації функціональних здібностей дитини, що збереглися, для відновлення (компенсації обмежень) соціальних навичок і повернення до звичайної для неї діяльності. Реабілітаційна функція сім'ї що реалізується у виконанні батьками розробленого комплексу оптимальних для дитини реабілітаційних технологій, які містять окремі види, форми, обсяги, терміни і порядок реалізації медичних, психолого-педагогічних та інших реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення психофізичного й соціального статусу дитини, досягнення нею матеріальної незалежності та соціальної адаптації [108, с. 27].

Американський дослідник сім'ї А. Турнбалл виділив п'ять періодів життєвого циклу сім'ї дитини з обмеженими фізичними можливостями:

- 1) народження дитини – отримання інформації про наявність у дитини патології, емоційне звикання, інформування інших членів сім'ї;
- 2) шкільний вік – ухвалення рішення про форму навчання дитини, переживання реакцій групи однолітків, організація її навчання й позашкільної діяльності;

3) підлітковий вік – звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних із проявами сексуальності, ізоляцією від однолітків і її неприйняттям з їхнього боку, планування майбутньої зайнятості дитини;

4) період «випуску» – визнання і звикання до сімейної відповідальності за дитину, ухвалення рішення про подальше місце мешкання дитини, що подорослішала, переживання дефіциту можливостей для її соціалізації;

5) післябатьківський період – перебудова взаємостосунків між подружжям, якщо дитина була успішно «випущена» із сім'ї та налагодження взаємодії з фахівцями за місцем її проживання [235, с. 102].

Зовнішні стратегії сімейного життя ґрунтуються на вмінні спиратися на зовнішні підсистеми, а саме:

- знаходити і використовувати допомогу інших людей – сусідів, друзів, інших сімей, що мають (або не мають) схожі проблеми;
- знаходити духовну підтримку – поради і допомогу релігійних діячів, брати участь у роботі релігійних інститутів;
- використовувати ресурси державної підтримки.

Внутрішні стратегії сімейного життя визначаються пасивною і активною позиціями.

Так, пасивна позиція є «страусовою» і полягає в уникненні пошуку вирішення проблеми, ґрунтується на надії, що всі негаразди владнаються самі собою, а те, що трапляється, сприймається як належне.

Зарубіжними психологами й педагогами (Д. Боулбі, А. Варга, Т. Вейс, Е. Ейдемільер, Е. Еріксон, А. Фромм), які досліджували дитячо-батьківські стосунки, було виокремлено чотири батьківські установки та відповідні їм типи поведінки: «Прийняття і любов»; «Явне неприйняття»; «Зайва вимогливість»; «Надмірна опіка» [212, с. 3].

Отже, аналіз наукової вітчизняної і зарубіжної літератури дає підстави для висновку, що основними психолого-педагогічними проблемами сімей, які виховують дітей та підлітків з ПОРА, є:

- індивідуальні проблеми батьків, пов'язані зі здоров'ям, психосоматичними розладами, емоційно-поведінковими й когнітивними проявами тривалого стресу, викликаного інвалідністю дитини;
- психолого-педагогічна адаптація сім'ї до проблем інвалідності дитини;
- соціально-психологічна адаптація дитини до власних проблем, пов'язаних з інвалідністю;
- педагогічна культура батьків, недостатність певного досвіду у вихованні хворої дитини, готовність до співпраці із соціальними педагогами щодо її реабілітації.

У соціально-психологічній адаптації дитини важливу роль відіграє робота з батьками. На думку Л. Виготського, робота з батьками – це співпраця, включення, участь, навчання, партнерство [32, с. 39]. Працюючи з батьками, необхідно враховувати різноманітність сімейних стилів і стратегій, тому для

кожної сім'ї необхідно шукати індивідуальний підхід, що сприятиме успішному партнерству.

Основною метою соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують дітей та молодь з ПОРА, є мобілізація внутрішнього потенціалу сім'ї для її психолого-педагогічної адаптації до проблем інвалідності дитини. Якість стосунків між батьками та їхньою дитиною з ПОРА є безумовно одним із головних чинників, що визначають формування особистості дитини, її емоційно-соціальний розвиток. Цей компонент розвитку прогностично є особливо вагомим щодо визначення можливостей подальшої соціальної інтеграції дитини, її майбутнього психологічного комфорту або ж, кажучи, «ненауковою» мовою, – можливості прожити щасливе, повноцінне життя. Взаємозв'язок між стилем батьківства та формуванням особистості дитини ґрунтовно доведений науковим фактом.

Зважаючи на попередні зауваження, подаємо стислий перелік можливих форм порушень стосунків батьків та дитини з ПОРА [155, с. 110]:

- емоційне неприйняття дитини з ПОРА;
- емоційне чи фізичне скривдження дитини з ПОРА;
- гіперопіка дитини з ПОРА або всюдозволеність;
- надмірний фокус на розвитку дитини або ж занедбання розвитку дитини [154, с. 102].

Особливо тяжким наслідком гіперопіки хворої дитини є вороже ставлення до неї братів і сестер, які позбавляються материнського тепла і турботи. Зрештою, в міру дорослішання дитини наростає конфлікт між нею й батьками через її бажання до самостійності й неспроможністю дорослих його задовольнити.

Здорові брати чи сестри часто є забутими та позбавленими уваги не тільки у своїх сім'ях, а й у наукових дослідженнях та моделях послуг для сімей, які виховують дітей з ПОРА. Між тим, вони – важлива та рівноправна частина системи своєї родини, і присутність брата чи сестри з ПОРА суттєво міняє їхнє місце та їхній досвід у цій системі. Завдяки ґрунтовним дослідженням у цій сфері ми щораз більше усвідомлюємо, що цей досвід, попри позитивні можливості, для багатьох дітей є нелегким випробуванням, і вони потребують належної допомоги дорослих, щоб упоратися з ним.

У роботі, присвяченій проблемам здорових братів та сестер, Дж. Майер подає такий перелік їхніх можливих негативних почуттів:

1. Відчуття страху – щодо майбутнього брата / сестри, сім'ї, власного майбутнього.
2. Відчуття сорому.
3. Відчуття провини – «чому неповноцінність у нього, а не в мене?», за своє здоров'я, здібності, успіхи, можливості; за можливі конфлікти, відчуття злості / заздрості тощо.
4. Почуття самотності – пов'язане з тим, що про тебе і твої потреби «забули», на тебе менше часу і уваги батьків; через брак спілкування, соціальну ізоляцію тощо.

5. Злість / образа на батьків, на долю, на Бога, на брата / сестру з ПОРА («ці всі труднощі через тебе!»), на людей, які зле ставляться до твого брата / сестри тощо.

6. Заздрість увазі та турботі, яку має брат / сестра з порушеннями психофізичного розвитку; можливостям, які мають ровесники, що не мають брата / сестри тощо з ПОРА тощо.

7. Почуття смутку / розчарування / втрати / жалю – від зіткнення з труднощами та обмеженнями, від усвідомлення обмежень, з якими стикається твій брат / сестра, а також і ти через це, і уся ваша сім'я.

8. Тягар відповідальності, турботи, відчуття передчасної втрати дитинства тощо.

9. Відчуття тиску досягти якогось певного успіху та статусу, задовольнити очікування батьків – у тих випадках, коли дитину з ПОРА, вони сприймають як «невдачу», а здорова дитина має компенсувати це почуття своїми досягненнями та іншими власними діями [155, с. 52].

Для того, щоб сім'я стала для дитини та підлітка з ПОРА розвиваючим середовищем для отримання позитивного соціального досвіду, вона потребує соціально-психологічного супроводу та підтримки. Супровід – це не директивне керівництво й не домінування. Супровід передбачає компонент розуміння та підтримки, надання інформації, поваги та віри в сили і ресурси самої сім'ї. Супровід передбачає також практичну допомогу – чи то соціальну, чи медичну, реабілітаційну тощо. Однак у моделі сімейно центрованих послуг надзвичайно важливо допомогти батькам стати компетентними, володіти усією інформацією, яка дасть змогу їм ухвалювати мудрі рішення, щодо визначення потрібної їхній дитині допомоги тощо [153, с. 55]. У реалізації сімейно центркованої моделі роботи є важливим і командний підхід. Він передбачає команду фахівців, які діють спільно з батьками для досягнення мети. Така команда побудована на принципі рівності та важливості фахівців різних професій. У такій команді фахівці доповнюють один одного й діють узгоджено, скоординовано для того, щоб відповісти на різні потреби дитини та сім'ї. А оскільки біопсихосоціальна модель передбачає широке коло потреб, то, відповідно, і спектр фахівців має бути широкий. Або, як каже голландський дитячий психіатр, доктор Ян Ван дер Дус: «Неповносправна людина в житті може бути такою ж щасливою і такою ж нещасною як і кожна людина» – і мабуть те, що робить її щасливою чи нещасною, є таке ж загальнолюдське.

О. Романчик визначає такі основні завдання та компоненти процесу супроводу:

- емоційна підтримка сім'ї, супровід в адаптації до реальності неповносправності;

- вчитися жити «тут і тепер» – один з важливих елементів «нової філософії життя» сім'ї, у якій дитина з порушеннями психофізичного розвитку;

- супровід у побудові стосунків із соціумом, зміцненні соціальних ресурсів сім'ї;

- надання інформації та супроводів у забезпеченні потрібної дитині допомоги;

- супровід в інтеграції досвіду та особистому зростанню;
- супровід у розвитку «нової філософії життя»;
- місце духовності та душпастирської опіки;
- підтримування здорового функціонування сім'ї, зміцнення стосунків між її членами;
- супровід щодо виховання дитини [155, с. 91].

Одним із найцінніших джерел підтримки для батьків дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату є спілкування з іншими батьками, що також мають дитину з ПОРА. Це спілкування є особливо цінним тим, що воно дає змогу батькам зустрітись з тими, хто йде тією ж самою дорогою, знає її «зсередини», це сприяє відкритості до того, щоб слухати один одного, підтримувати, ділитися досвідом. Почуття солідарності, яке об'єднує батьків, стає передумовою формування дружби, а, відповідно до програми «Батьки для батьків», можуть стати одним із найсильніших джерел соціальної підтримки для сім'ї. Дослідження показали, що в батьків, які брали участь у цій програмі:

- 1) менша частота депресій;
- 2) вища самооцінка та впевненість у власних силах;
- 3) більша мережа соціальної підтримки;
- 4) більший доступ до інформації;
- 5) позитивна та реалістична адаптація до дитини з порушеннями психофізичного розвитку [155, с. 94].

Існує програма «Батьки для батьків», розроблена канадськими фахівцями у галузі соціальної реабілітації [155, с. 103]. Можливі різні основні форми роботи цієї програми та принципи їх ефективної організації.

Найпростішою формою є «батьківський клуб» – регулярне місце для зустрічей і спілкування батьків. Іншою поширеною формою роботи програми «Батьки для батьків» можуть бути батьківські групи.

Пілотна форма полягає в індивідуальній підтримці «молодої» сім'ї «досвідченою». Це найпоширеніша і найвідоміша в світі форма взаємопідтримки, адже вона є найлегшою для реалізації: не потрібно приміщення для зустрічей, не потрібно збирати групи, єдине, що потрібно – це досвідчені батьки-волонтери, які бажають підтримувати інші сім'ї. Іншою формою діяльності програми «Батьки для батьків» можуть стати різні акції, одноразові події, творчі ідеї самих батьків тощо. Крім типових форм діяльності програми «Батьки для батьків», де самі батьки є основними організаторами і лідерами, поширені й такі форми роботи, де групову роботу ведуть фахівці – це можуть бути й групи для батьків, і лекції, семінари, тренінги тощо. Ця форма доволі поширена і її організаційною перевагою є те, що вона можлива до реалізації в умовах, коли в середовищі батьків ще немає сформованих лідерів, які могли б самостійно вести програму. Іншою перевагою є також і те, що фахівці можуть застосовувати свої професійні знання, щоб досягнути глибших терапевтичних ефектів та роботи зі складнішими темами – це своєрідний груповий супровід сімей, у якому часом використовуються елементи психотерапії. Така робота з батьками може мати більше інформативний (наприклад, освітні лекції), навчальний (наприклад, тренінг з поведінкового

керівництва) чи ж консультативний характер (супровід сімей, допомога в емоційній адаптації тощо).

В рамках програми передбачено проведення виїзних семінарів для батьків та літні табори для сімей.

Розвиток спеціалізованих програм підтримки виходить з усвідомлення того, що порушення психофізичного розвитку дитини відбиваються на всіх членах сім'ї та стосунках між ними, а тому у фокусі сімейно центрованих програм має бути не лише людина з порушеннями психофізичного розвитку з батьками. Фокус цих програм повинен охоплювати і всю сім'ю, і періодично «мігрувати», точково, вибірково вказуючи на потреби та увагу, специфічну підтримку і окремим членам сім'ї, і підсистемам (наприклад, чоловік – жінка, брати – сестри). Такий підхід ставить за мету підтримати здорове функціонування сім'ї як системи, у якій потреби кожного її члена враховані, ніхто не «відкинтий» за її межі, утримується здоровий баланс і рівновага. Дуже важливо, щоб допомога сім'ї відбувалася у гендерно чутливий спосіб з урахуванням особливостей досвіду чоловіків / жінок, а також усвідомлення важливості подружніх стосунків.

Важливим фактором, який впливає на розвиток особистості дитини, є умови сімейної взаємодії. Від того, як ставляться до дитини у родині, залежить формування її самосприйняття, оскільки дитина змалку звикає дивитися на себе очима своїх батьків. Особливості того, як батьки сприймають та оцінюють важкість і перспективи стану їхньої дитини, впливає на стиль сімейного виховання. Досить часто виховання хворих дітей у сім'ї характеризується неправильністю заходів, які використовують батьки. Виділяють такі викривлені типи виховання: домінуюча гіперпротекція; потуральна гіперпротекція; емоційна відчуженість; умови жорстоких взаємин; виховання в атмосфері культу хвороби та суперечливе виховання.

Основний зміст соціально-психологічної роботи з сім'єю, які виховують дітей з ПОРА, включає: забезпечення сім'ї різними видами соціального обслуговування (соціальної допомоги та соціальних послуг), реабілітаційну та профілактичну роботу з психолого-педагогічних проблем, соціальний супровід окремих категорій сімей та соціальне інспектування неблагополучних сімей. Ці складові реалізуються в практичній діяльності центрів реабілітації шляхом використання різних методів, прийомів і форм соціально-педагогічної роботи, вибір яких обумовлений переліком зазначених чинників [183, с. 63].

Соціальне обслуговування сім'ї відбувається через надання сім'ї різноманітних виплат, гарантованих державою в законодавчому порядку; матеріальної підтримки різних видів малозабезпечених сімей (одяг, медикаменти, харчування, санаторні путівки, оздоровлення членів сім'ї тощо); психологічної підтримки сім'ї в складних життєвих ситуаціях; консультативну допомогу сім'ї; створення мережі організацій для надання культурно-освітніх і фізично-оздоровчих послуг членам сім'ї, забезпечення її змістовного дозвілля.

Реабілітаційна робота з сім'єю спрямована, насамперед, на відновлення виховного потенціалу сім'ї, захист прав членів родини в кризових ситуаціях, зміну соціального та сімейного статусу окремих членів сім'ї. Об'єктами

соціальної реабілітації в сім'ї є члени родини, які зазнають у ній різних форм психічного, фізичного та сексуального насильства; сім'ї, які за певних умов послабили або неправильно реалізують свою виховну функцію. Діяльність спеціалістів із реабілітації сім'ї спрямована на зміцнення родинних зв'язків, подолання відчуженості дитини або членів родини від сім'ї, корекцію внутрішніх взаємостосунків, допомогу окремим членам сім'ї у професійному та соціальному становленні.

Профілактична робота з сім'єю спрямована на запобігання неконструктивної взаємодії між членами родини, різних форм насильства, помилок у сімейному вихованні, формування різних видів хімічної залежності в членів сім'ї, на виявлення потенційно неблагополучних сімей.

Саме в сім'ї в дитини складаються перші уявлення про людські цінності, характер взаємин між людьми, формуються моральні якості. Тому й сім'я дитини з відхиленнями в розвитку також має стати її першим соціалізуючим інститутом. Процес соціалізації дитини з відхиленнями в розвитку розглядається нами поетапно. Першою сходинкою соціалізації дитини може бути (і є) її адаптація в родині. Другою сходинкою – адаптація в спеціальному освітньому закладі. І останньою, найголовнішою сходинкою – адаптація в суспільстві, включаючи і адаптацію самої сім'ї загалом.

Одним з найважливіших факторів соціальної інтеграції дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату є підготовка суспільства до адекватного сприйняття осіб з інвалідністю. Ця підготовка передбачає формування відповідних правових засад держави, що регламентують прийнятні умови для інтеграції, формування позитивного ставлення здорових членів суспільства до людей з порушеннями опорно-рухового апарату та пристосування навколишнього середовища для цієї категорії громадян.

У даний час в Україні велика увага науковців, громадських діячів та суспільства в цілому спрямована на впровадження інклюзивного навчання. Поступова інтеграція осіб із порушеннями опорно-рухового апарату відбувається на усіх рівнях освітнього процесу.

Отже, ми можемо говорити про велику кількість проблемних питань, які потребують вирішення спільними зусиллями фахівців у галузі корекційної педагогіки та соціальної роботи. Інтеграція у соціум цієї категорії дітей та дорослих неможлива без урахування їхніх психофізичних особливостей розвитку, створення доступного середовища та толерантного ставлення з боку кожного представника суспільства. Реалізацію процесу соціалізації та інтеграції потрібно здійснювати через впровадження інклюзивної освіти, розвиток соціальних програм та формування позитивного іміджу людини з інвалідністю через ЗМІ.

Висновки до першого розділу

Аналіз наукової літератури з проблеми соціалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату засвідчує багатоплановість порушеної проблеми та зацікавленість нею з боку представників різних наукових галузей,

але основний наголос спрямований на соціалізацію саме дітей, у той час як актуальною залишається соціалізація дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, яка має тривати протягом усього життя.

Поняття «соціалізація» виникло в західній соціології наприкінці XIX ст. з метою позначення основного механізму взаємодії людини з іншими людьми, із суспільством у цілому. Таким механізмом вважалося соціальне наслідування, що регулювалося суспільством через систему освіти й виховання, сім'ю та громадську думку.

У процесі розвитку наук про людину сформувалася сукупність поглядів на соціалізацію, що об'єднує ідеї про нерозривний зв'язок з освітою та вихованням; про зв'язок соціалізації з адаптивними процесами; про соціальні контакти як одну із змістовних сторін соціалізації; про значення самосвідомості, соціальної орієнтації та розвитку мовлення для успішної соціалізації.

Головною тенденцією у розвитку наукових уявлень про сутність соціалізації є перехід від однорівневого уявлення про неї як такої, що стосується лише «соціальних рівнів» людини, тобто особистості, до багаторівневого підходу.

Своєрідність процесів соціалізації дітей і дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату прямо залежить від розвитку їхньої пізнавальної та рухової діяльності, особливостей емоційно-вольових проявів, здатності до самообслуговування й можливості оволодіння соціальними навичками, формування особистості в цілому.

Аналіз зарубіжного й вітчизняного досвіду роботи у напрямку соціалізації дітей і дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату та членів їхніх родин доводить, що найбільш ефективно вона відбувається під керівництвом досвідчених фахівців як у спеціально створеному середовищі, так і у звичайних природних умовах.

Базовим компонентом соціалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату має стати родина. Тому невід'ємною частиною соціально-психологічної роботи в умовах центрів реабілітації дітей з інвалідністю має стати робота з батьками та членами родини дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, яка постійно проводиться протягом всього процесу соціалізації.

Соціалізація перш за все має сприяти гармонійному розвитку особистості й адекватному розумінню своїх фізичних можливостей дітьми та дорослими с порушеннями опорно-рухового апарату.

Центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю не повинні сприйматися суспільством і батьками як єдині заклади, у яких діти та дорослі з порушеннями опорно-рухового апарату можуть перебувати у колективі однолітків й отримувати соціальні послуги. Такі центри мають сприйматися перш за все як «зв'язувальний місточок» між дитиною з порушеннями опорно-рухового апарату та загальноосвітнім простором або дорослою людиною з порушеннями опорно-рухового апарату та суспільством.

РОЗДІЛ II. СПЕЦИФІКА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ

2.1. Методика дослідження соціальної реабілітації осіб з ПОРА

Вирішення такої складної проблеми, як дослідження рівня соціалізації осіб з ПОРА передбачає вивчення існуючої ситуації, пов'язаної з розвитком цих осіб, відносинами у родині, характером захворювань тощо.

Формування рівнів соціалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату у центрах соціальної реабілітації може бути забезпечене через їх послідовне вивчення, аналіз відомостей, що характеризують зміст та способи засвоєння необхідних соціальних навичок.

Аналіз змісту та ефективності реабілітаційного процесу дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітаційного центру дає нам право стверджувати те, що реабілітація та соціалізація дітей і дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату залежить від таких умов:

1.1) психологічної, соціальної та трудової адаптованості дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату до реабілітаційного процесу;

1.2) сформованості моделі власного дорослого життя;

1.3) свідомого включення та всебічного сприяння реабілітаційному процесу близьких дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату.

1.4) створення у суспільстві можливостей закріплення та реалізації навичок, отриманих особами з ПОРА у процесі соціальної реабілітації в умовах центру;

1.5) створення у суспільстві недискримінуючого середовища для дітей та дорослих з ПОРА.

Головною метою соціальної реабілітації осіб з ПОРА реабілітаційних центрів має бути підведення їх до усвідомлення власної потреби самореабілітації та самовдосконалення набутих навичок.

У нашому дослідженні виділено такі цілі самореабілітації:

1) прагнення до безпеки та захищеності;

2) прагнення бути прийнятим суспільством;

3) прагнення самостійно пересуватися, навчатися та працювати;

4) прагнення створити власну сім'ю та незалежно проживати у суспільстві;

5) прагнення виробити активну громадянську позицію.

Реалізація вищезазначених цілей самореабілітації дорослих осіб з порушеннями опорно-рухового апарату забезпечує, так би мовити, перехід від «реабілітації на все життя» до «реабілітації через все життя». Адже, як правило, доросла людина з порушеннями опорно-рухового апарату має потреби у постійному соціальному супроводі протягом життя, який, на жаль, у нашій країні не забезпечується.

Міжнародна та вітчизняна практика свідчать, що на зміну ізольованому інтернатному навчанню та вихованню дітей з порушеннями опорно-рухового

апарату має прийти повноцінне інклюзивне навчання та виховання з можливістю отримання дітьми необхідних соціальних та реабілітаційних послуг за місцем проживання. Реабілітаційні заходи, спрямовані на дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, мають розширюватися за рахунок постійного розвитку сфери соціальної реабілітації, яка починається з раннього віку, щоб діти могли максимально розвинути свої природні здібності без відриву від сім'ї та у подальшому своєчасно та найбільш повно інтегруватися у суспільство.

З метою послідовного вирішення питання щодо дослідження рівнів соціалізації випускників реабілітаційних центрів з порушеннями опорно-рухового апарату – осіб з ПОРА віком від 14-ти до 19 років, що розпочали опанування курсу професійної орієнтації, який є завершальним циклом базового курсу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю і підготовкою їх до професійної реабілітації та подальшого дорослого життя, нами визначено такі завдання констатувального дослідження:

- розробити зміст та методику дослідження рівнів соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату – випускників центрів соціальної реабілітації;
- виділити та описати рівні соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Дослідження рівнів соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату здійснюється на основі вивчення та оцінювання основних рівнів соціалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату за такими складовими:

- соціальна адаптованість;
- трудова адаптованість;
- перспектива власного дорослого життя. Опишемо зміст цих складових.

Для оцінювання рівня *соціальної адаптованості* осіб з порушеннями опорно-рухового апарату визначається:

- прагнення та життєві орієнтації осіб з ПОРА після проходження курсу соціальної реабілітації;
- вміння самостійного самообслуговування;
- вміння жити у соціумі;
- стосунки в родині;
- стосунки з однолітками;
- прагнення бути активними членами суспільства.

Для оцінювання рівня *трудової адаптованості* осіб з порушеннями опорно-рухового апарату визначається:

- ставлення осіб з ПОРА до подальшого навчання та працевлаштування;
- оцінка особами з ПОРА своїх професійних якостей;
- вміння та можливості користуватися комп'ютером.

Для оцінювання *перспективи власного дорослого життя* осіб з порушеннями опорно-рухового апарату визначається:

- бажання щодо створення власної сім'ї;
- бажання мати власних дітей;
- вміння ведення господарства;
- ставлення до перспективи незалежного проживання.

Нами були розроблені критерії та показники рівнів соціалізації осіб з ПОРА – випускників реабілітаційних центрів. Ці критерії й показники покладені в основу визначення рівнів соціалізації осіб з ПОРА.

Таблиця 2.1

Критерії та показники соціалізації осіб з ПОРА

Критерії	Показники	Оцінка в балах
1	2	3
Психофізичний	<p>Контроль психофізичних порушень:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА мають незворотні психофізичні ушкодження, які повністю або майже не піддалися корекції в умовах центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. - Особи з ПОРА мають значні та постійні психофізичні порушення, проте при початковому комплексному обстеженні дитини у центрі соціальної реабілітації було виявлено окремі незначні збережені ділянки головного мозку, які слугували основою подальшого корекційного розвитку. - Особи з ПОРА мають незначні постійні психофізичні порушення, проте при правильно створеному реабілітаційному середовищі ці порушення не мають великого впливу на життєдіяльність особи. - Психофізичні порушення постійно контролюються і майже не впливають на діяльність особи. 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
Психоемоційний	<p>Можливість встановлення зворотного зв'язку з дитиною та дорослим з ПОРА:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА не здатні самостійно будувати соціальні стосунки, є майже повністю ізольованими від соціуму. - Особи з ПОРА потребують постійної кваліфікованої допомоги оточуючих, перебування у доцільно сформованому реабілітаційному середовищі. - Можливість встановлення зв'язків з іншими людьми є частковою, життєвий потенціал осіб з ПОРА розвинений недостатньо та рідко використовується, хоча спроможність до самостійних дій дає підставу для успішного розвитку соціальної адаптованості. - Зворотній зв'язок є постійним та зрозумілим. <p>Розуміння перспективи власного сімейного життя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА, через нездатність самостійного налагодження стосунків, є майже повністю ізольованими від соціуму. Тому й не здатні розуміти перспектив власного сімейного життя. 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1</p>

Продовження Таблиці 2.1.		
	<ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА є не самодостатніми та здатними до чіткого усвідомлення життєво важливих перспектив. Проте вони здатні самостійно будувати мінімальні соціальні стосунки за умови соціального супроводу. Вони мають мінімальну потребу у соціальних стосунках, тому вважають, що могли б мати сім'ї. - У особи з ПОРА інтелектуальний та соціальний потенціал розвинений ще не достатньо, проте вона усвідомлює, що при певному супроводі може мати власне сімейне життя. - Особи з ПОРА не потребують допомоги оточуючих, усвідомлює та приймає власні обмеження, розуміє та прагне перспективи сімейного життя. 	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
Діяльнісний	<p>Потреба та здатність організувати сторонню допомогу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА потребують цілодобово нагляду та кваліфікованої допомоги оточуючих, не здатні самостійно будувати соціальні стосунки, є майже повністю ізольованими від соціуму. - Особи з ПОРА потребують постійної кваліфікованої допомоги оточуючих, перебування у доцільно сформованому реабілітаційному середовищі. Хоча вони є не самодостатніми та життєво некомпетентними, наявність у них збережених ділянок головного мозку дозволила побудувати реабілітаційну програму й отримати хоч і незначні, але позитивні результати. - Життєвий та соціальний потенціал осіб з ПОРА розвинений недостатньо та рідко використовується. - Особи з ПОРА є повністю самодостатніми, більшу частину дій виконують самостійно або з організованою сторонньою допомогою, усвідомлюють та приймають власні обмеження, вміють організувати потрібну допомогу. <p>Вміння формувати соціальні зв'язки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА не здатні самостійно будувати соціальні стосунки, є майже повністю ізольованими від соціуму. - Особи з ПОРА здатні самостійно будувати мінімальні соціальні стосунки за умови соціального супроводу. Вони значною мірою є ізольованими від соціуму, але мають мінімальну потребу у соціальних стосунках. - Особи з ПОРА здатні самостійно будувати мінімальні соціальні стосунки. Вони мають потребу у соціальних стосунках. - Особи з ПОРА здатні самостійно будувати соціальні стосунки, прагнуть до формування міцних соціальних зв'язків. <p>Володіння сучасними інформаційними технологіями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особи з ПОРА не здатні оволодіти сучасними інформаційними технологіями, не спроможні реалізувати 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1</p>

Продовження Таблиці 2.1.		
	себе у професійному житті. - Особи з ПОРА є не самодостатніми та здатними до активного оволодіння сучасними інформаційними технологіями, проте наявність збережених ділянок дозволяє сподіватися на отримання хоч і мінімальних, але позитивних результатів.	2
	- У осіб з ПОРА життєво творчий потенціал розвинений ще недостатньо, тому рідко використовується, проте при спонуканні та підтримці можливо досягти успішного розвитку оволодіння сучасними інформаційними технологіями.	3
	- Особи з ПОРА володіють сучасними інформаційними технологіями, готові до реалізації себе у професійному та громадському житті.	4
	Соціальна активність: реалізація себе у професійному та громадському житті:	
	- Особи з ПОРА мають незворотні психофізичні ушкодження, тому є ізольованими від соціуму, що повністю унеможливило будь-яку соціальну активність.	1
	- Особа з ПОРА потребує постійної допомоги оточуючих, не є життєво компетентною, проте при правильно орієнтованому соціальному супроводі має мінімальну можливість соціальної самореалізації.	2
	- Особи з ПОРА інколи потребують допомоги оточуючих, тому самореалізація у професійному та громадському житті є частковою.	3
	- Особи з ПОРА у повсякденному житті не потребують допомоги оточуючих або здатні її самостійно організувати. Вони готові до активної та свідомої реалізації себе у професійному та громадському житті.	4

Система балів, використана у таблиці: 1 – показник вихідного рівня соціалізації, 2 – показник низького рівня соціалізації, 3 – показник достатнього рівня соціалізації, 4 – показник високого рівня соціалізації.

Нами було визначено чотири рівні соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату:

1. **Високий рівень** – психофізичні порушення постійно контролюються і майже не впливають на діяльність особи. Зворотній зв'язок є постійним та зрозумілим. У повсякденному житті така особа не потребує допомоги оточуючих або здатна її самостійно організувати. Вона є повністю самодостатня, більшу частину дій виконує самостійно або з організованою сторонньою допомогою, усвідомлює та приймає власні обмеження, прагне та формує міцні соціальні зв'язки, володіє сучасними інформаційними технологіями, готова до повного забезпечення власної родини, реалізує себе у професійному та громадському житті.

2. **Достатній рівень** – з особою можна встановити постійний, адекватний зворотній зв'язок, вона для задоволення своїх психофізичних потреб інколи потребує допомоги оточуючих. Самодостатність такої особи є

частковою, життєвий творчий потенціал розвинений недостатньо та рідко використовується, хоча спроможність до самостійних дій дає підставу для успішного розвитку соціальної адаптованості.

3. **Низький рівень** – особа має значні та постійні психофізичні ушкодження, проте при початковому комплексному обстеженні її у центрі соціальної реабілітації було виявлено окремі незначні збережені ділянки головного мозку, які слугували основою подальшого корекційного розвитку. Така особа потребує постійної кваліфікованої допомоги оточуючих, перебування у доцільно сформованому реабілітаційному середовищі. Хоча вона є не самодостатньою та життєво некомпетентною, наявність збережених ділянок дозволила побудувати реабілітаційну програму й отримати хоч і незначні, але позитивні результати. Особи здатні самостійно будувати мінімальні соціальні стосунки за умови соціального супроводу. Вони значною мірою є ізольованими від соціуму, але мають мінімальну потребу у соціальних стосунках.

4. **Вихідний рівень** – особа має незворотні психофізичні ушкодження, які повністю або майже не піддалися корекції в умовах центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Як правило, такі особи потребують цілодобово нагляду та кваліфікованої допомоги оточуючих, не здатні самостійно будувати соціальні стосунки, є майже повністю ізольованими від соціуму.

З метою дослідження рівнів соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату нами була розроблена анкета для опитування цільової групи, проведені психолого-педагогічні бесіди та спостереження, здійснено аналіз індивідуальних програм реабілітації вихованців центрів; аналіз продуктів навчальної діяльності вихованців реабілітаційних центрів.

У передмові до анкети пояснюється порядок роботи з нею та підкреслюється конфіденційність інформації, що отримується під час дослідження. При заповненні анкети з кожним респондентом проводилась попередня бесіда. Респондентам давалась така інструкція: «Відповідаючи на питання, що наведені в анкеті, просимо Вас обвести кружечками ті з наданих варіантів відповідей, з якими Ви згодні. Власний варіант відповіді Ви можете надати у спеціальному вільному рядку «інше (вказіть)». Якщо якийсь варіант відповіді Ви обвели кружечком помилково, просимо закреслити такий кружечок навхрест. Відповіді, які Ви даватимете на питання анкети, зберігатимуться у цілковитій таємниці, тому Ви можете бути цілком щирими під час опитування».

Анкета містить питання, що утворюють декілька важливих груп.

Перша група питань належить до самообслуговування та розв'язання побутових проблем (1.2 – 1.5), успішність чого залежить від практичного оволодіння відповідними навичками, а також інфраструктури та соціального довкілля (1.6), та ступеня соціальної компетентності (1.7). Частка ствердних відповідей визначить ступінь самостійності респондентів, решта – ступінь залежності від довкілля. Суттєвим також є рівень мотивації досягнень (1.1).

Наступна група питань (1.8 – 1.10) характеризує родину як осередок мікросоціального довкілля та провідний інститут соціалізації людей з інвалідністю і місце особи з порушеннями опорно-рухового апарату у батьківській родині.

Важливими є стосунки респондентів з найближчим (однолітки, друзі) та макросоціальним (здорові люди) довкіллям (1.11, 1.12 та 1.16).

Ще одна група питань (1.13 – 1.15) висвітлює особистісну спрямованість людей з інвалідністю у суспільній сфері, ступінь її мотивації та локалізацію осередків громадського життя людей з інвалідністю у системі соціальних світів, що існують у нашому суспільстві.

Питання 1.17 та 1.18 визначають провідні джерела інформації та засоби комунікації для її отримання респондентами.

Питання 2.1 – 2.3 характеризують мотивацію респондентів до подальшого навчання та придатність для цього знань, які були отримані у школі (Центрі).

Питання 2.4 – 2.7 визначають мотивацію отримання та пошуку роботи, ставлення до неї та оцінку своїх професійних якостей порівняно зі здоровим довкіллям.

Питання 2.8 та 2.9 фіксують володіння респондентами низкою комп'ютерних програм та пристроїв й визначають доступність комп'ютерів для людей з інвалідністю.

Останній блок питань (3.1 – 3.3) досліджує мотивацію респондентів до створення власної родини та народження дітей, а також ступінь її автономії. Реальна здатність до цього визначає перспективи особистісного росту та рівень дійсної соціальної інтеграції осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

У процесі діагностування рівня соціальної адаптованості осіб з порушеннями опорно-рухового апарату береться до уваги не лише соціальний статус та вплив сім'ї, а також психофізичні порушення у дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, які спричинені соціально-економічними та медико-біологічними факторами.

Запропонована нами система дослідження рівнів соціалізації осіб з ПОРА передбачала дотримання певних умов:

- 1) анкетування має проходити у звичних для підлітка умовах у психологічно близькому оточенні;
- 2) анкетування необхідно проводити тільки за умови задовільного самопочуття підлітка, позитивного емоційного стану;
- 3) потрібно надати підлітку певний час для адаптації та звикання;
- 4) під час анкетування доцільно уникати позитивних та негативних оціночних коментарів.

2.2. Аналіз результатів діагностувально-формуального експерименту

У дослідженні брали участь 105 осіб з ПОРА – випускників «Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь» Міністерства праці та соціальної політики України, Обласного центру соціальної реабілітації

с. Нижнів Івано-Франківської області, Вінницького центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій». 105 респондентів мають порушення опорно-рухового апарату, а саме: 76 респондентів мають дитячий церебральний параліч, 29 респондентів мають інші порушення розвитку. 11 осіб мають порушення розумового розвитку (F 71). В опитуванні взяли участь 59 осіб чоловічої статі та 46 осіб жіночої статі. Віковий ценз опитаних склав: 14-17 років – 56 респондентів; 18-19 років – 49 респондентів.

Упродовж дослідження було встановлено, що безпосередньо обслуговувати себе здатні практично 90% із 105 опитаних: одягаються 86,7%; впоратися з постілью здатні 82,7%; користуватися туалетом – 88,0%; ванною – 77,3% респондентів. Цим вони завдячують власній наполегливості та навчанню батьками.

Поратись по господарству таким особам з ПОРА важче: розігріють їжу 86,7%, посуд поміють 81,3%; винесуть сміття 76,0%; прибрати приміщення здатні 72,0% опитаних, купувати необхідне – 62,7%. Труднощі через координацію рухів: приготування страв підвладне 54,7% респондентів, прання білизни – 50,7%; прасування її – 48,0%.

Опанувати міську інфраструктуру особам з порушеннями опорно-рухового апарату теж складно. Пересуваються сходами 80,0%; ходять без підтримки 78,7%; долають бордюри та переходять вулицю по 76,0% опитаних. Користуються громадським транспортом та ліфтом ще по 69,3% з них. Громадські установи відвідують лише 36,0% респондентів, а 14,7% зазначають, що не здатні нічого робити самостійно та потребують опіки. Отже, осо би з ПОРА мають чимало клопоту в опануванні міської інфраструктури як важливого аспекту соціалізації, тому що більшість міст країни не відповідають нормам безбар'єрного середовища.

На що ж здатні особи з ПОРА за умови самостійного проживання? Насамперед, спілкуватись з людьми – 62,7% відповідей. Тобто спілкування є важливим засобом соціалізації особистості. Дати лад оселі готові 54,7% опитаних. Серед них у віці 15-17 років – 43,9%; 18-20 – 24,4%; 21-23 – 17,1%;

24-26 – 7,3%; 27-29 – 7,3%. Найбільш запальними та недосвідченими є підлітки. Розумно витратити гроші вміють 41,3% опитаних. Ще 38,7% здатні підтримувати власне здоров'я в належному стані. Й це є природним, бо важко існувати, якщо бракує сил. Матеріальні статки непокоять 34,7% респондентів, зважаючи на динаміку цін. А ще 48,0% повідомляють, що жити окремо не здатні. Отже, у наявності розходження потреб та можливостей, що веде до фрустрації зі зрозумілими наслідками.

У баченні соціального оточення за умови самостійного життя особи з ПОРА, на жаль, надають перевагу догляду з боку батьків – 64,0%. Отже, практично у двох випадках з трьох самостійність є декларацією про наміри. Концентратором важливих чинників повсякдення є місце проживання (53,3% відповідей): прихисток, затишок, досяжність, заощадження сил, гніздо, опора, плацдарм, трамплін тощо. Тому важливий подальший розвиток родинно орієнтованого виховання дітей та підлітків з порушеннями опорно-рухового

апарату та організації їхнього подальшого проживання в умовах, максимально наближених до домашніх.

Доступність сфери послуг та робота транспорту для 38,7% респондентів відіграють разом зі зручністю торговельної мережі важливу роль у розв'язанні повсякденних соціально-побутових проблем осіб з ПОРА й додаткових тлумачень не потребують.

Стосунки із сусідами для 30,7% респондентів є важливим елементом соціальної інтеграції. Потреба в опіці соціального працівника для 28,0% є даниною необхідності, тоді як потреба у нормальному довіллі для 10,7% опитаних є життєвою потребою.

Взагалі ж очікування респондентів щодо структур довілля мають ледь вловимий відтінок гедонізму, мабуть, через перманентну опіку батьків.

Аспекти самостійності (соціально-психологічна компетентність) утворили таку низку: власна думка – 54,6% відповідей; досягнення мети – 52,0%; виконання своїх рішень – 48,0%; щирість – 45,3%; прагнення чути інших – 24,0%; уникання зневаги до інших – 22,7%; відповідей та відмова від стереотипів – 18,7%. Та у цьому переліку лише самостійність мислення та мотивація досягнення долають п'ятдесятивідсотковий бар'єр питомої ваги, решта ж аспектів самостійності його не сягає. А середньозважена питома вага аспектів самостійності дорівнює 41,94 %.

Отже, самостійності прагнуть лише 20% респондентів, що відчутно відібіється надалі на рівні домагань, формуванні Я-концепції та процесах соціалізації осіб з інвалідністю.

Провідним інститутом соціалізації особистості є і залишається родина. У родинях людей з інвалідністю стосунки позначені теплотою – 78,7 % відповідей; довірою 61,3%; щирістю 58,7%; спокоєм 46,7%. Та лише на п'ятій позиції знаходиться тут любов – 40,0% відповідей. І навряд чи цей факт можна вважати випадковістю.

Цілком можливо, що з народженням дитини з інвалідністю гостре горе деформує, витісняє та девальвує кохання як основу самого життя. Відтоді воно й заступається теплотою, довірою, щирістю та спокоєм. Ще однією з причин такого стану є тотальне панування вульгарності у сучасному суспільстві.

Негативний полюс родинних взаємин характеризується байдужістю серед 9,3% респондентів; тривогою – 10,7%; підозрілістю, нещирістю та ворожістю – по 1,3% відповідей та потребує уваги та корекції з боку соціальних працівників і психологів у напрямку формування гармонійних відносин в родинях, які виховують дітей та дорослих осіб з проблемами опорно-рухового апарату.

Провідними джерелами родинного тепла опитані вважають матір – 88,0% відповідей; батька – 44,0%; бабусю – 34,7%; сестру – 22,7%; дідуся – 16,0%; брата – 13,3% або друга – 12,0%. При цьому питома вага позитивних аспектів родинних взаємин є іноді вищою у тих, хто обрав джерелом позитивних емоцій батька, а не матір. Серед таких аспектів – любов 46,9% та 44,6% при виборі батька й матері відповідно; теплота 93,8% та 84,6%; щирість 75,0% та 63,1%; довіра 71,9% та 67,7%. Сподіваємось, що це не через брак цих якостей саме в

батька, а через те, що роль батька у створенні сімейної гармонії є більш значущою, ніж вважається.

Позиція опитуваних у батьківській родині є неоднозначною. Порадник – 36,0%; працівник та споживач – по 25,3% відповідей; критик – 14,7%; ледар – 12,0%; арбітр – 10,7%; інше – 10,7% (дитина, член родини, помічник, розрада, миротворець). Вважаємо позиції критика, ледаря та споживача негативними, решту – позитивними. Відповідне співвідношення – 38,61% на 61,39%.

Необхідною умовою розвитку особистості є створення нею власної родини. Таке прагнення мають 62,7% респондентів; спротив батьків відчувають 2,7%; не замислювалися – 18,7% опитаних; не прагнуть цього – 9,3%.

Власних дітей прагнуть мати 64,0% опитаних. Для певної частини варіантом може стати дитина поза шлюбом. Жити в шлюбі окремо від батьків хочуть 48,0%; проте раніше такий самий відсоток зазначив у параметрах автономії, що жити окремо не здатен. А це свідчить про важливість проведення соціальної та психологічної роботи, спрямованої на формування навичок взаємодії чоловіка й жінки та навичок самостійного життя у дорослих з проблемами опорно-рухового апарату та їхнього найближчого оточення.

Далі розглянемо стосунки опитаних з мікро- (однолітки) та макросоціальним (здорові люди) довкіллям. Так, ставлення однолітків до молоді з порушеннями опорно-рухового апарату є неоднозначним. Це доброта – 45,3% відповідей; симпатія – 40,0%; щирість – 37,3%; тепло та довіра – по 33,3% та цікавість – 32,0%. З іншого боку – зневага та нещирість по 9,3%; апатія – 8,0%, нудьга й відраза – по 5,3% і, нарешті, знущання – 4,0%. Позитивний полюс шкали охоплює 82,6% відповідей, негативний – 17,4%. Причини деструктивних стосунків – культ насильства, розпусти та грошей на телебаченні та в Інтернеті. Так, Україна посідає провідні місця у світі за рівнем підліткового алкоголізму та підліткових самогубств. Єдиний шлях – навернення до духовності й протидія вульгарності як тотальному буттю поза духовністю.

Спілкування з однолітками у молоді з порушеннями опорно-рухового апарату відбувається там само, де й у всіх: вдома – 48,0%; у школі – 45,3% відповідей; у дворі – 44,0%, у певному місці – 17,3% та під час гри – 9,3%. Проте варто додати до цього переліку культурні, просвітницькі та спортивні заходи тощо.

Ставлення до людей з інвалідністю з боку здорових також є неоднозначним. Тут теж превають позитивні аспекти: розуміння – 65,3% відповідей; прагнення допомогти – 62,7%; доброзичливість – 40,0%; увага – 36,0%; тактовність – 34,7%. Та оскільки це дорослі, то акцент переноситься в площину дії. Проте й негативні аспекти також мають місце: байдужість – 17,3%; відкидання – 6,7%; уникання та страх – 5,3% та зневага – 4,0% відповідей. Тут дається взнаки інерція атитуду на соціальну ізоляцію людей з порушеннями опорно-рухового апарату та візуально-афективного стереотипу їх сприйняття.

Розглянемо також спрямованість людей з порушеннями опорно-рухового апарату у суспільній сфері, рівень їхньої активності та локалізацію сфер громадського життя.

Досягти суспільного визнання особи з інвалідністю прагнуть насамперед у праці – 54,7% відповідей; в родині – 36,0%; у творчості – 24,0%; у вірі – 20,0%; у сфері духовності та науки – 12,0%, а також культури – 6,7%. Праця дає засоби для існування, родина – розуміння, кохання та підтримку, творчість – можливість самовираження. Віра дарує нам духовний зір, духовність вдосконалює душу, наука розширює розуміння світу, а культура є підґрунтям та гарантом людяності.

Мотивація громадського життя людей з порушеннями опорно-рухового апарату визначена так: прагнення до громадського життя дуже сильним вважає 12,0% респондентів; сильним – 25,3%; помірним – 38,7%; слабким – 14,7%; дуже слабким – 9,3%.

Це означає, що тільки невелика частина опитаних хочуть бути активними членами суспільства та відстоювати свої права на повноцінне життя. Змін тут зараз годі й сподіватись, тому що це вимагає від особистості певних знань, навичок та духовних і моральних сил. Тому необхідно у програми соціальної адаптації дітей та молоді з порушеннями опорно-рухового апарату обов'язково включати компонент громадянської освіти.

Громадське життя осіб з ПОРА, на думку 57,3% опитаних, має проходити у суспільстві в цілому. Певною мірою на цю думку вплинуло перебування респондентів в Центрі під час їхнього навчання, бо саме Центр є для них реальним осередком громадського життя. У виключно соціальній ніші – 18,9%; на межі світів здорових та людей з інвалідністю – ще 14,7% відповідей. Останні дві більше відповідають реальності через те, що атитюди людей з порушеннями опорно-рухового апарату володіють значною інерцією. Головне: як інтегруватимуться у життя особи з ПОРА?

Частково це пояснює мотивація опитаних, які завершили навчання в Центрі. З них 46,7% мають навчатися далі; 40,0% – працювати; 24,0% – усвідомити та реалізувати власні можливості; 14,7% – поміркувати над життєвими перспективами. Нічого не змінювати у власному житті прагнуть 4,0% опитаних і ще стільки саме – переважно відпочивати. У наявності мотивація досягнення майже половини осіб з ПОРА, майже чверть обмірковує шляхи до дій, майже сьома частина обмірковуватиме перспективи і практично дванадцята їх частина є пасивною.

Отже, нагальним завданням реабілітаційних закладів на майбутнє є систематична робота з підвищення рівня домагань осіб з ПОРА.

Мотивами подальшого навчання є отримання роботи – 52,0% відповідей; опанування улюбленого фаху – 45,3%; досягнення успіху в житті – 36,0%; отримання ґрунтовних знань – 25,3%; досягнення незалежності – 24,0% та керування життям на свій розсуд – 18,7% відповідей.

Як бачимо, отримання роботи та опанування фаху переважають як інструменти отримання засобів для існування. Досягнення успіху в житті має на меті опанування певного соціального статусу. Отримання ґрунтовних знань

є засобом розвитку когнітивної сфери особистості. Досягнення незалежності є важливою умовою розвитку людини. Прагнення до керування життям на свій розсуд може бути зумовлене, серед іншого, стилем виховання у батьківській родині (авторитаризм, гіпопротекція).

Цілком необхідним подальше навчання вважають 66,7% опитаних, швидше потрібним, ніж непотрібним – ще 16,0%. Отже, навчання можна вважати провідним засобом покращення буття та соціального самопочуття не лише осіб з ПОРА – випускників центру, а й людей з особливими потребами взагалі. Тому нагальним є створення в Україні дієвої системи інклюзивної освіти усіх рівнів та розвиток системи соціального супроводу в працевлаштуванні дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату.

А от думки щодо придатності знань, отриманих у школі для вступу на подальше навчання, поділилися майже полярно. Цілком достатніми вважають їх 13,0% респондентів, достатніми – 36,0%, малодостатніми – 32,0%, недостатніми – 13,3% опитаних.

Відповідні дані двомірного розподілу засвідчують таке: до екстремальних оцінок вдаються як ті опитані, що мають початкову та неповну середню освіту, так і ті, що мають середню спеціальну та неповну вищу освіту.

Розмаїття додали оцінки власного освітнього рівня учнями допоміжних шкіл. Провідним мотивом отримання ними роботи респонденти вважають своє прагнення до праці – 61,3% відповідей; наполегливість – 37,3% та надію – 32,0%. Проте фізичні можливості зазначили лише 28,0% з них, практичні навички – 25,3%; а наявність професії – 20,0% опитаних. Розходження атитюдів на об'єкт та ситуацію погрожує людям з інвалідністю безліччю фрустрацій в період економічної нестабільності.

Ось як оцінюють свої професійні якості щодо здорових людей наші опитані. Як значно кращі – 10,7%; як кращі – ще 10,7%; як однакові – 34,7%; як гірші – 26,7%, значно гірші – 12,0%.

Робота для людей з порушеннями опорно-рухового апарату виступає: основним джерелом засобів для існування – 62,7% відповідей; інструментом самореалізації – 33,3%; шляхом набуття незалежності – 29,3%; засобом самоствердження – 28,0%; певним тягарем – 5,3% та чимось необов'язковим для себе – 4,0% відповідей. Тобто робота практично є основним засобом досягнення омріяної мети.

Дорослі з порушеннями опорно-рухового апарату заради отримання роботи готові: скористатися чиеюсь допомогою – 49,3% відповідей; навчатися професії на робочому місці – 37,3%; звернутися до служби зайнятості – 33,3%; шукати її самостійно – 29,3%. Чекати слушної нагоди мають 17,3% опитаних; звернутися до органів влади – 10,7%; а конкурувати з іншими – лише 9,3% опитаних. На жаль, більшість варіантів дій наших респондентів задля отримання роботи є пасивними. Тому потрібно, насамперед, готувати людей з інвалідністю для конкурентної боротьби на ринку праці шляхом тренінгів. Необхідно також оперативне інформування зацікавленої спільноти щодо динаміки ринку праці тощо.

Простежимо далі шляхи отримання людьми з порушеннями опорно-рухового апарату необхідної інформації. Шляхом спілкування отримують її 70,7% респондентів; у навчанні – 57,3%; по телебаченню – 54,7%. Комп'ютер стає тут у пригоді 45,3% опитаним; телефон – 32,0%; канали реклами – 22,7%; радіо – 21,3% та листування – 9,3% опитаним.

Можливості спілкування можна розширити шляхом реалізації освітніх, культурно-творчих, туристських та спортивно-оздоровчих програм для людей з порушеннями опорно-рухового апарату, у тому числі каналами міжнародного обміну. З цією ж метою необхідно продовжити телефонізацію та комп'ютеризацію інвалідної спільноти.

У повсякденні люди з порушеннями опорно-рухового апарату широко використовують засоби масової інформації та комунікації: телевізор – 88% відповідей; телефон – 78,7%; мобільний зв'язок – 68,0%; а також радіо – 62,7% та комп'ютер – 61,3%; факс – 14,7% відповідей. Зважаючи на важливу роль засобів комунікації у спілкуванні та розв'язанні плінних проблем, доцільно надалі допомагати людям з інвалідністю у забезпеченні їх комп'ютерами та засобами зв'язку.

Люди з порушеннями опорно-рухового апарату користуються також комп'ютерами: власним – 52,0% респондентів; тим, що належить школі – 16,0%; батькам, родині – 9,3%; друзів – 2,7%; знайомому – 1,3%; комп'ютерному салону – 1,3% відповідей. Отже, це важливий напрям допомоги людям з інвалідністю.

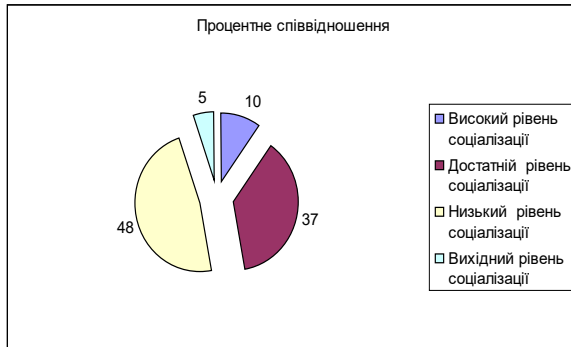
Якими програмами та пристроями володіють в роботі з комп'ютером люди з порушеннями опорно-рухового апарату? Серед програм це Word – 62,7% відповідей; Excel – 21,3%; Nero – 17,3%; антивіруси – 16,0%; Explorer – 14,7%; Fire Fox – 9,3%; Pragma – 8,0%; менеджери – 6,7% відповідей. Пристрої, якими володіють особи з ПОРА: принтери – 29,3% та сканери – 24,3% відповідей. Тому необхідно покращити опанування програм та мов програмування людьми з порушеннями опорно-рухового апарату.

Аналіз результатів дослідження дозволяє зробити такі висновки: 5% респондентів мають вихідний рівень соціалізації; 48% респондентів мають низький рівень соціалізації; 37% респондентів мають достатній рівень соціалізації; 10% респондентів мають високий рівень соціалізації (див. у табл. 2.2 та на рис. 2.1).

Таблиця 2.2

Рівні соціалізації осіб з ПОРА до проведення константувального експерименту

Рівні соціалізації	Процентне співвідношення
Високий рівень соціалізації	10
Достатній рівень соціалізації	37
Низький рівень соціалізації	48
Вихідний рівень соціалізації	5



Рисуюнок 2.1. Процентне співвідношення рівнів соціалізації.

У результаті аналізу отриманих даних можна підсумувати, що:

1. У осіб з ПОРА виявлені значні проблеми у самообслуговуванні та опануванні міської інфраструктури.
2. У осіб з ПОРА спостерігається значна залежність від батьків та найближчого оточення.
3. Особи з ПОРА у більшості випадків виявляють декларативний характер прагнення до самостійності.
4. На сьогодні актуальними є проблеми позиції осіб з ПОРА у родинях батьків.
5. Спостерігається девальвація значення любові та дружби як основи родини та соціуму.
6. У відношеннях між людьми відбувається деформація системи духовних цінностей через панування культу матеріального збагачення.
7. Існують великі соціальні та матеріальні проблеми у створенні та забезпеченні гідного рівня життя власної родини дорослими з порушеннями опорно-рухового апарату.
8. У дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату існують проблеми в отриманні роботи та професійній самореалізації.
9. Відчувається негативний вплив соціально-економічної ситуації на соціальне самопочуття осіб з ПОРА та членів їхніх родин.

З метою виявлення соціальної орієнтованості в сучасному світі та рівнів адаптованості у ньому, для розуміння подальших життєвих орієнтирів підлітків з нормою у розвитку та підлітків з ПОРА, розуміння впливу освіти на формування особистості в умовах загальноосвітньої школи та перспектив розвитку корекційної освіти в умовах центру реабілітації дітей з інвалідністю нами було проведено порівняльне дослідження підлітків, які навчаються у ЗОШ та підлітків з ПОРА, які відвідують реабілітаційні установи.

В опитуванні взяли участь 79 підлітків, які навчаються у ЗОШ № 7, 26 та 33 м.Вінниці з метою порівняння їхніх життєвих орієнтирів з аналогічним опитуванням 105 підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату. Підліткам були запропоновані однакові анкети, за винятком пунктів про ставлення

середовища до людей з ПОРА у анкетах підлітків з нормою розвитку. В опитуванні підлітків, які навчаються у ЗОШ, взяло участь 27 осіб чоловічої статі та 52 осіб жіночої статі. Віковий ценз опитаних: 14 років – 27 респондентів; 15-16 років – 37 респондентів; 17 років – 15 респондентів.

Отже, представляємо аналіз результатів дослідження. Так, безпосередньо обслуговувати себе здатні практично 100% із 79 опитуваних. Навичок самообслуговування вони набули з раннього дитинства. Ці навички є базовими для формування подальшого розвитку особистості та суспільних стосунків.

Поратись по господарству підліткам значно простіше, але не зважаючи на це, вони не приділяють належної уваги надбанню та розвитку цих навичок. Про це свідчить низька вмотивованість до домашньої праці. За результатами опитування: розігріють їжу 98%, посуд поміють 96,2%; винесуть сміття 100%; прибрати приміщення здатні 85,7% опитаних; купувати необхідне – 100%; приготувати різні страви здатні – 80,9%; прання білизни – 75,2%; прасування її – 74,2%.

Опанувати міську інфраструктуру підліткам зовсім нескладно. Всі вони самостійно пересуваються сходами, переходять вулицю, користуються громадським транспортом та ліфтом, відвідують громадські і владні структури.

У самостійному житті підлітки з типовим розвитком, як і підлітки з ПОРА, прагнуть, насамперед, спілкуватись з людьми – 100% відповідей. Це свідчить про важливість для будь-якої людини з типовим розумовим розвитком наявності соціальних контактів, її бажання бути зрозумілою іншим. Тобто спілкування є одним з найважливіших засобів соціалізації особистості.

Дати лад своїй оселі готові також практично усі з опитаних. 98% опитаних вважають, що вміють розумно витратити гроші. Цей показник є значно вищим за показник у підлітків з ПОРА (41%), що свідчить про більшу упевненість у собі підлітків з нормою розвитку. Ще 94,2% спроможні підтримувати власне здоров'я в належному стані – на відміну від 38,7% у підлітків з ПОРА. Це свідчить про те, що підлітки з типовим розвитком є менш схильними до опіки у питаннях здоров'я. 100% з них прагнуть бути самостійними у житті. Це свідчить про сформованість у них перспективи подальшого власного життя. Умовами самостійного життя підлітки вважають: місце проживання, зручну торгівельну мережу, роботу транспорту та нормальне природне довкілля, у той час, коли підлітки з ПОРА перш за все робили акцент на допомозі та нагляді батьків. Це свідчить про те, що підлітки з ПОРА в основному занепокоєні тим, чи будуть вони мати належний догляд і підтримку, а вже в другу чергу у якості свого життя. Для підлітків з типовим розвитком основною є якість життя.

Аспекти самостійності (соціально-психологічна компетентність) виглядають так: власна думка – 100% відповідей; досягнення мети – 100%; виконання своїх рішень – 100%; щирість – 36%; прагнення чути інших – 78%; уникання зневаги до інших – 38%, відмова від стереотипів – 76,2%. Середня питома вага аспектів самостійності у підлітків з нормою розвитку дорівнює 85,7 %, що є вдвічі вищим за середній показник у підлітків з ПОРА, що

свідчить про значно більшу можливість у підлітків з нормою розвитку формування життєвого досвіду. Базовим інститутом соціалізації особистості підлітка з нормою є як родина, так і оточення однолітків. Це свідчить про вищий рівень сформованості соціальних стосунків у порівнянні з підлітками з ПОРА.

У родинних випускників загальноосвітніх середніх шкіл стосунки позначені теплотою – 96,2 % відповідей; довірою 80,9%; щирістю 74,2%; любов'ю та спокоєм 74,2%. Негативні родинні взаємини характеризується байдужістю 9,5% респондентів; тривогою 12%; підозрілістю, нещирістю та ворожістю – по 14,3% відповідей, що потребує уваги та корекції з боку психологів для формування гармонійних стосунків у родині, які виховують підлітків.

Провідними джерелами родинного тепла опитані вважають матір – 96,2% відповідей; батька – 64,0%; бабусю – 47%; сестру – 40%; брата – 28%; дідуся – 23%; друга – 92%.

Позиція опитуваних у батьківській родині є також неоднозначною. Порадник – 86,0%; працівник – 40%, споживач – 14,3; критик – 44,2%; ледар – 3%; інше – 18% (учень, дитина, член родини, розрада, друг).

Необхідною умовою розвитку особистості є створення нею власної родини. Таке прагнення мають 96% респондентів; не замислювалися 3,3% опитаних; не прагнуть цього 0,7%. Мотивом створення власної родини для підлітків з нормою розвитку є бажання продовжити себе у власних дітях та забезпечення повноцінного дорослого життя. Власних дітей прагнуть мати 88% опитаних. Жити в шлюбі окремо від батьків хочуть 90%.

Спілкування з однолітками у старшокласників відбувається: вдома – 88%; у школі – 100%; у дворі – 96,2%, у певному місці – 78% та під час гри – 88%.

Розглянемо також спрямованість підлітків з типовим розвитком у суспільній сфері, рівень їхньої активності та локалізацію сфер їх громадського життя.

Досягти суспільного визнання підлітки з нормою розвитку прагнуть насамперед у праці – 84% відповідей; в родині – 88%; у творчості – 54,0%; у вірі – 14%; у сфері духовності та науки – 45%, а також культури – 36%. Праця дає засоби для існування, родина – розуміння, кохання та підтримку, творчість, сфера духовності та науки – можливість самовираження.

Мотивація громадського життя у підлітків з нормою визначена так: прагнення до громадського життя дуже сильним вважає 73% респондентів; сильним – 12%; помірним – 11%; слабким – 4%.

Ступінь мотивації громадського життя у підлітків з нормою є достатньо високим, це обумовлено відсутністю фізичних бар'єрів та прагненням реалізувати себе як особистість. Визнання себе реалізованою особистістю є найважливішим для підлітків з типовим розвитком.

80,8% опитаних мають навчатися далі; 12% – працювати; 76,3% – усвідомити та реалізувати власні можливості. Нічого не змінювати у власному житті прагнуть лише 0,7% опитаних. Ці показники свідчать про те, що навчання у загальноосвітньому закладі формує в людини прагнення до подальшої самореалізації.

Мотивами подальшого навчання є отримання роботи – 100% відповідей; опанування уподобаного фаху – 100%; досягнення успіху в житті – 100%; отримання ґрунтовних знань – 85,7%; досягнення незалежності – 100% та керування життям на свій розсуд – 98% відповідей. Такий високий рівень мотивації подальшого самостійного життя пов'язаний з тим, що сучасне суспільство вимагає від кожного бути успішним та керувати власним життям на свій розсуд.

Цілком необхідним подальше навчання вважають 82% опитаних, швидше потрібним, ніж непотрібним – ще 18%. Отже, навчання можна вважати провідним засобом здобуття самостійності у таких підлітків.

Знання, отримані у ЗОШ, цілком достатніми вважають 22,0% респондентів, достатніми – 64,0%, мало достатніми – 9%, недостатніми – 5% опитаних.

Провідним мотивом отримання роботи респонденти вважають своє прагнення до праці – 80%; наполегливість – 86%, надію – 22,0%, фізичні можливості – 88%, практичні навички – 65%, наявність професії – 44%.

Ось як оцінюють свої професійні якості щодо інших однолітків наші опитані: як значно кращі – 2%; як кращі – ще 7%; як однакові – 75%; як гірші – 13%, значно гірші – 3%.

Робота для здорових підлітків є інструментом самореалізації – 98%, основним джерелом засобів для існування – 90%; шляхом набуття незалежності – 85,7%; засобом самоствердження – 76,2%; певним тягарем – 22% та чимось не обов'язковим для себе – близько 0,7% відповідей. Тобто робота для підлітка з нормою розвитку є більш потужним засобом набуття соціального досвіду та незалежності, можливістю виразити себе, ніж для підлітка з ПОРА.

Для отримання роботи здорові підлітки готові скористатися чиеюсь допомогою – 48% відповідей; навчатися професії на робочому місці – 60%; звернутися до служби зайнятості – 13%; шукати її самостійно – 80%; конкурувати з іншими можуть – 62%, що свідчить про високий рівень самостійності, конкурентоспроможності та соціалізованості.

Шляхом спілкування отримують інформацію 90,7% респондентів; у навчанні – 100%; по телебаченню – 52%, за допомогою комп'ютера – 86% опитаних. Це свідчить про високий рівень розвитку навичок комунікації та вміння користуватися сучасними технологіями.

У повсякденні старшокласники широко використовують засоби масової інформації та комунікації. Це телевізор – 82% відповідей; телефон – 100%; мобільний зв'язок – 100% та комп'ютер – 92%. При цьому підлітки з типовим розвитком користуються власним комп'ютером у – 82% респондентів; тим, що належить школі – 2%; батькам, родині – 28%; друзі – 12%; комп'ютерному салону – 10% відповідей. Це свідчить про те, що в родині підлітків з нормою значна увага приділяється їхньому навчанню та оволодінню сучасними інформаційними технологіями.

Користуючись комп'ютером підлітки з нормою розвитку оволоділи більшістю основних комп'ютерних програм, як то: Word – 100%; Excel – 48%; Nero – 82%; антивіруси – 63%; Explorer – 64,7%; Fire Fox – 36%; Pragma – 8%;

менеджери Інтернет спілкування – 96% відповідей. Пристрої, якими володіють підлітки: принтери – 100% та сканери – 76% відповідей.

Аналіз результатів дослідження дозволяє зробити такі висновки: 1,9% респондентів мають низький рівень соціалізації; 5,7% респондентів мають достатній рівень соціалізації; 92,4% респондентів мають високий рівень соціалізації (див. у табл. 2.3 та на рис. 2.2).

Таблиця 2.3.

Порівняльна таблиця рівнів соціалізації

Рівні соціалізації	Підлітки з ПОРА	Підлітки з нормою розвитку
Високий	11,55	92,4
Достатній	38,85	5,7
Низький	54,6	1,9
Вихідний	5,25	0

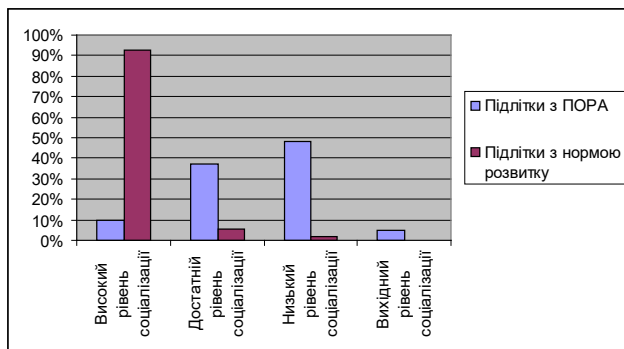


Рисунок 2.2. Порівняння рівнів соціалізації.

За результатами анкетування підлітків з типовим розвитком та порівняння їх з підлітками з ПОРА можна зробити такі висновки. У підлітків з типовим розвитком:

1. Спостерігається помірна залежність від батьків та найближчого оточення.

2. Виявляється прагнення самостійності від батьків та незалежного життя у майбутньому.

3. У них краще розвинені соціальні стосунки з однолітками і з оточенням взагалі.

4. Є кращою соціалізація через відсутність фізичних та психологічних бар'єрів.

5. У них сформоване більш чітке бачення перспективи свого майбутнього, та більш чітко окреслені кроки його досягнення.

6. Є орієнтування на створення власної родини, появу власних дітей та бачення в цьому однієї з важливих основ для оцінки себе з боку суспільства.

7. Орієнтація на матеріальну сферу життя, а не на духовну її складову.

Висновки до другого розділу

Аналіз результатів констатувального експерименту з виявлення рівнів осіб з ПОРА дозволяє зробити певні висновки.

Так, у ході констатувального експерименту були виділені основні особливості, які негативно впливають на процес соціалізації осіб з ПОРА:

1. У підлітків з типовим розвитком рівень соціалізації є вищим через відсутність фізичних та психологічних бар'єрів до них з боку суспільства.

2. Орієнтація підлітків з типовим розвитком спрямована на матеріальну сферу життя, а не на духовну її складову.

3. У осіб з ПОРА спостерігається досить сильна залежність від батьків та найближчого оточення – не тільки матеріальна, але й психологічна. Ця залежність у більшості випадків стає головною перешкодою на шляху соціалізації.

4. У осіб з ПОРА в більшості випадків виявляють декларативний характер прагнення до самостійності й не сприймають адекватно свої психофізичні обмеження.

5. На сьогодні актуальними є проблеми позиції осіб з ПОРА в родинях батьків.

6. Існують великі соціальні та матеріальні проблеми у створенні та забезпеченні гідного рівня життя дорослими з порушеннями опорно-рухового апарату для власної родини. Також ключовою проблемою соціалізації дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату є часта неможливість реалізувати права на незалежне проживання у громаді.

7. У дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату існують проблеми в отриманні роботи та професійній самореалізації. Дорослі особи з проблемами опорно-рухового апарату сприймаються працездатними як люди другого сорту та їм надаються здебільшого тільки нефактивні місця, що, в свою чергу, має прямий негативний вплив на розвиток особистості та сприйняття себе як професіонала.

8. Відчувається негативний вплив соціально-економічної ситуації в Україні на соціальне самопочуття дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату та членів їхніх родин.

Результати експерименту засвідчили, що діти та дорослі з порушеннями опорно-рухового апарату є досить пасивними у процесі засвоєння соціальних вмінь та навичок. Лише отримання соціальних послуг в умовах центру соціальної реабілітації формує у них та їхнього найближчого оточення споживацтво та небажання змін у житті. Переважна більшість осіб з ПОРА, навіть виявляючи позитивне ставлення до незалежного життя та праці, є несамостійними, їхня соціальна активність у більшості залежить від допомоги та волевиявлення дорослих.

На основі загального аналізу результатів констатувального експерименту було визначено чотири рівні соціалізації осіб з ПОРА (високий, достатній, низький, вихідний). Рівні соціалізації були розроблені з урахуванням самоконтролю психофізичних порушень, якості, самостійності, планомірності, впевненості, послідовності дій; наявності зворотного зв'язку; сприймання допомоги; усвідомлення власних обмежень, відповідного самоконтролю; наявності бажання самостійно себе обслуговувати; потребі у зовнішній стимуляції та контролі; потребі у подальшому навчанні та працевлаштуванні; потребі у формуванні соціальних зв'язків та громадській діяльності, потребі у створенні власної родини та бажанні самостійного незалежного проживання; вмінні користуватися сучасними інформаційними технологіями. Одержані результати переконливо засвідчили, що у більшості осіб з ПОРА соціальні навички знаходяться переважно на низькому та достатньому рівнях. Причинами такого стану та виявлених особливостей є недостатнє урахування у педагогічній діяльності умов та методів соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату. Це підтверджує наше припущення про необхідність розробки програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

РОЗДІЛ III. ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ, СПРЯМОВАНОЇ НА СОЦІАЛІЗАЦІЮ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

3.1. Корекційна спрямованість педагогічної роботи з особами з порушеннями опорно-рухового апарату

У монографії акцент зроблено на сучасних принципах реабілітології та корекційної педагогіки. У формульованому експерименті створення та адаптація програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату для педагогічних працівників реабілітаційних центрів здійснювалась у Державній реабілітаційній установі «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь» Міністерства соціальної політики України, який відноситься до першого типу реабілітаційних центрів, а саме центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю Міністерства соціальної політики України.

Навчання дітей та підлітків здійснювалось диференційовано з використанням принципу індивідуального підходу. Для цього діти розподіляються на три групи за рівнем розвитку:

- 1) діти, які навчаються за загальноосвітньою програмою;
- 2) школярі, які навчаються за програмою для дітей з інтелектуальними порушеннями;
- 3) діти, що потребують довготривалої корекції розвитку та навчаються відповідно до Індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю, яка розроблялась фахівцями Центру «Промінь».

Групи комплектувались згідно віку та діагнозу дітей. У них було запроваджено охоронний лікувально-педагогічний режим, індивідуальну корекційно-виховну роботу з дітьми. Важливе значення надавалось професійній орієнтації дітей та підлітків, поєднанню її з суспільно-корисною та продуктивною працею.

У зв'язку з обмеженістю пізнавальної діяльності, зокрема, ретардацією в опануванні складним матеріалом тих навчальних предметів, засвоєння яких потребує активного застосування операцій аналізу, синтезу, узагальнення, абстрагування, опанування поняттями та їх системами, зміст навчального матеріалу умовно розподілено на 4 цикли навчання. Між ними забезпечується єдність і взаємозв'язок усіх компонентів навчально-виховної та корекційної роботи, узгодження з віковими і психофізичними особливостями розвитку дітей.

У першому циклі здійснювалось всебічне психолого-педагогічне вивчення дітей з метою виявлення рівня їхньої готовності до навчання в умовах реабілітаційної групи й уточнення засобів індивідуального підходу до кожного з них. Особлива увага в заходах соціальної реабілітації приділялась розумовому, мовленнєвому розвитку, оволодінню навичками особистої гігієни, самообслуговуванню, засвоєнню знань і практичних умінь, залученню дітей до

суспільно-корисної праці, ознайомленню їх з навколишнім природним та соціальним середовищем, з життям та працею людей, культурою нашої країни.

У другому-третьому циклах, спираючись на вже сформовані знання та вміння, діти опановували більш складні знання та уміння й на основі цього набували сучасних уявлень про навколишній світ, природу, суспільство, людину і працю. Велика увага приділялась профорієнтаційній роботі. Систематична та науково обґрунтована діагностика індивідуальних можливостей, нахилів, інтересів дітей є вагомим показником для визначення профілів їхньої спеціалізації та майбутньої трудової зайнятості.

У четвертому циклі навчання здійснювалась початкова профорієнтація та профпідготовка. Обсяг та зміст навчання визначались особливостями психофізичного розвитку, потенційними можливостями засвоєння програмного матеріалу кожною дитиною. Було проведено спеціальні заняття з соціально-побутового орієнтування, логопедичної корекції, логоритміки, танцювальної терапії та різноманітні заходи з медичного супроводу.

Навчально-виховний процес під час формувального експерименту будувався на основі багатокompонентного корекційного варіативного змісту спеціальної освіти, застосування орієнтовних педагогічних систем, вибору інноваційних освітніх технологій та індивідуальних психофізичних можливостей кожної дитини. Безперервність освіти дітям та дорослим з психофізичними порушеннями розвитку забезпечувалась через єдність усіх інститутів виховання – родини, центру, громадськості.

Особливим завданням формувального експерименту була організація індивідуальної роботи з дітьми та дорослими, яка проходила з метою максимального виконання індивідуальних цілей соціальної адаптації осіб з ПОРА. Педагогічна робота поєднувалась з психологічною корекцією, основною метою якої є корекція відхилень у психічному розвитку осіб з ПОРА.

Програма навчання соціально-побутовим навичкам осіб з ПОРА є одним із елементів системи допомоги людям з психофізичними порушеннями розвитку у соціумі, яку поступово створює в Україні Міністерство соціального захисту населення разом з громадськими організаціями, що займаються вирішенням проблем людей з інвалідністю. Система подальшої допомоги у невеликих закладах за місцем проживання забезпечить можливість залишатися у родині дорослим особам з порушеннями опорно-рухового апарату. Гарантією максимально автономного проживання дорослої особи з порушеннями опорно-рухового апарату у соціумі є її здатність максимально самостійно обслуговувати себе, приймати обмірковані рішення, розуміти свої сильні сторони та обмеження.

Ідея програми навчання соціально-побутовим навичкам осіб з ПОРА не нова: в усьому цивілізованому світі розуміють, що після допоміжної або загальноосвітньої школи дорослій особі з порушеннями опорно-рухового апарату потрібна підтримка. Вона підійшла до дорослого життя; одноліткі здобувають професію, залишають батьківський дім, починають закохуватися та створюють сім'ї. Дівчата та хлопці з порушеннями опорно-рухового апарату також переживають складний життєвий період. На них також навалюється лава

нової інформації, дорослих вражень, вони також рано чи пізно залишаються одні. У силу своїх особливостей більшість осіб з ПОРА не можуть жити абсолютно самостійно, особливо, коли йдеться про людей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату та порушеннями інтелекту, у яких спостерігається значне зниження адаптаційних навиків і вмій: комунікативних навиків, навиків догляду за собою, соціальних навиків, вміння робити адекватні висновки, проявляти ініціативу, пристосовувати до своїх потреб предмети навколишнього середовища та інше.

Після проходження курсу соціальної реабілітації в умовах центру соціальної реабілітації дорослі з порушеннями опорно-рухового апарату повинні максимально вміти в силу своїх можливостей вміти задовольняти усі потреби з «піраміди Маслоу» та знати наступне:

- 1) куди звернутися за грошовою допомогою, яка їм гарантована державою;
- 2) як витратити отримані гроші;
- 3) де шукати роботу;
- 4) які вміння потрібно розвивати, щоб тебе взяли на роботу;
- 5) як забезпечити своє незалежне проживання;
- 6) для особистої безпеки потрібно вміти не загубитися у місці, пам'ятати адресу проживання, виробити стереотип поведінки, коли виходиш з дому;
- 7) знати, як звернутися за допомогою та як вести себе, коли до тебе звертаються незнайомі люди.

Прийняття свого соціального статусу дорослою особою з проблемами опорно-рухового апарату також вимагає від фахівців центру довготривалої кропіткої психологічної роботи.

Наше дослідження виявило те, що крім пріоритетних базових потреб доросла людина з порушеннями опорно-рухового апарату має також потребу у творчому самовираженні, спілкуванні, розвитку свого особистісного потенціалу, а також потребу працювати та відчувати себе повноцінним членом суспільства. Сьогодні особливо актуальною в освіті стає проблема створення умов для розвитку духовної та творчої особистості. Важливими рисами такої особистості, на нашу думку, є здатність до творчого сприйняття світу, соціальна активність та ініціатива, вміння висловити свої почуття, думки, дати оцінку побаченому, почутому, здатність до емпатії, розуміння позиції, поглядів іншого, потяг до самовдосконалення та самоосвіти протягом життя та ін. У Національній доктрині розвитку освіти наголошено, що однією з провідних цілей освіти є «створення умов для особистісного розвитку і творчої самореалізації кожного громадянина України» [203, с. 4].

У підготовці та реалізації програми соціальної реабілітації ми виходили саме із принципу рівних прав людей з інвалідністю та їхніх рівних можливостей, які зазначені у Конвенції про права інвалідів.

Провідними реабілітаційними заняттями у групах для дітей 14-19 років у Центрі «Промінь» стали курси з таких дисциплін: «Самообслуговування», «Приготування їжі», «Поведінка в складних ситуаціях», «Одиниці

вимірювання», заняття з основ етики, ігротерапія (рольові та дидактичні ігри), заняття «Я і Україна», заняття «У світі цікавого», заняття з розвитку пізнавальної діяльності, заняття з валеології, бібліотерапія, робота на комп'ютері, музична терапія, логопедична корекція, психологічна корекція, туртерапія, арт-терапія, спецкурс «Права людини», танцювальна терапія, робота фотогуртка та заняття з професійної орієнтації, а саме: бісероплетіння, м'яка іграшка, робота в деревообробній майстерні, образотворче мистецтво, саденотерапія.

З метою створення в умовах реабілітаційного центру «Промінь» оптимальних умов соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, нами були започатковані та розроблені такі напрямки, як: спецкурс «Права людини», спецкурс «Гарденотерапія», робота фотогуртка, групи взаємопідтримки батьків осіб з ПОРА, танцювальна терапія. Опишемо їх.

Спецкурс «Права людини»

Цей спецкурс обумовлено тим, що правова освіта та формування суспільства рівних можливостей для кожної людини вважається одним із гуманістичних завдань усіх країн міжнародної спільноти і відображена у найважливіших міжнародних правових документах.

За даними ООН, у світі нараховується близько пів мільйона людей із порушеннями психічного або фізичного розвитку, що становить 1/10 частину людства. В Україні, як і у всьому світі, спостерігається тенденція до зростання кількості людей з інвалідністю.

Інвалідність людей, яка зумовлена порушеннями у розвитку, означає суттєве обмеження їхньої життєдіяльності, призводить до соціальної дезадаптації, ускладнює процес самообслуговування, навчання, набуття професійних навичок. Засвоєння ними соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільства додаткових зусиль, засобів, заходів (розробка спеціальних програм, створення спеціальних реабілітаційних центрів, спеціальних учбових закладів тощо).

Незважаючи на проведення просвітницьких заходів та виконання соціальних програм, які здійснюють державні та громадські організації, серед людей з інвалідністю в Україні спостерігаються негативні явища, а саме:

1. Низький рівень обізнаності про свої права людей з інвалідністю та їхніх рідних.
2. Сформований споживацький підхід більшості людей з інвалідністю та членів їхніх родин до діяльності державних та громадських інституцій.
3. Негативне відношення громадськості до сімей, в яких проживають люди з інвалідністю.
4. Зневіра в житті.
5. Невміння відстоювати та захищати свої права в державних структурах різного рівня.

Освітньою метою спецкурсу «Права людини» було ознайомлення осіб з ПОРА із міжнародно-правовими актами, що визначають права людини; забезпечення набуття правових знань, формування навичок соціальної взаємодії та правової поведінки; формування уявлень осіб з ПОРА про

професію «Юрист»; розвиток вмінь відстоювати свої права у державних та громадських організаціях; підготовка осіб з ПОРА до максимально повноцінного життя в суспільстві.

Корекційно-розвиваючою метою спецкурсу «Права людини» було наступне: розвиток логічного та аналітичного мислення осіб, розвиток усного та письмового мовлення, формування навичок взаємодії з оточуючими.

Виховною метою спецкурсу «Права людини» було формування у дітей навичок взаємодії з однолітками, морально-етичних навичок поведінки у соціумі, почуття особистої гідності, поваги до інших людей, почуття відповідальності за свої вчинки, усвідомлення та виконання своїх обов'язків перед суспільством.

Основними завданнями спецкурсу «Права людини» було:

1) розширити знання осіб з ПОРА про права людини, розкрити в доступній формі зв'язки між дотриманням прав людини та недискримінаційним життям в суспільстві;

2) формувати у осіб з ПОРА вміння взаємодії в команді, яка формувалася з осіб з ПОРА та осіб з типовим розвитком (модель сучасного суспільства);

3) формувати у осіб з ПОРА цінності сімейного життя та перспективу власного дорослого життя;

4) навчити осіб з ПОРА розуміти власні права та обов'язки у повсякденному житті;

5) навчити осіб з ПОРА поважати права та гідність іншої людини;

6) формувати у осіб з ПОРА активну громадську позицію.

Заняття з спецкурсу «Права людини» проводилися один раз на тиждень (загальна кількість 34 години), тривалість заняття 40 хвилин. Розроблене у формувальному експерименті тематичне планування наведено у Додатку А.

У процесі викладання спецкурсу «Права людини» використовувались різні методи, а саме:

1. Словесні методи навчання (міні-лекція, розповідь, пояснення психологічна бесіда). Вони завжди застосовувалися з використанням наочності та власною діяльністю вихованця.

Розповідь використовувалася, наприклад, коли необхідно було розкрити у доступній формі зміст поняття «права людини», інституції захисту прав людини тощо.

2. Практичні методи навчання (вправи, самостійна робота, дидактичні ігри, тренінги).

Реабілітаційні заняття фотогуртка

Освітньою метою реабілітаційних занять фотогуртка було ознайомлення осіб з ПОРА з основними видами роботи з цифровими фотографіями та основними комп'ютерними програмами, які надають можливість обробки цифрової інформації; формування уявлень у осіб з ПОРА про професії «Фотограф» та «Дизайнер», формування вмінь роботи на комп'ютері, формування навичок самостійної роботи.

Корекційно-розвиваючою метою реабілітаційних занять фотогуртка було розвиток творчих здібностей осіб з ПОРА, дрібної моторики, логічного та аналітичного мислення, формування вмінь самостійно працювати за наданою схемою, розвиток самоконтролю, зв'язного мовлення та навичок працювати у команді, психологічна корекція особистості осіб з ПОРА.

Виховною метою реабілітаційних занять фотогуртка було формування у осіб з ПОРА емоційно-позитивного ставлення до себе через продукти власної діяльності, виховання поваги до праці інших людей, формування естетичного смаку.

Заняття фотогуртка проводилися один раз на тиждень (загальна кількість 44 години), тривалість заняття 40 хвилин. Фотогурток проводився викладачем трудового навчання спільно з практичним психологом. Розроблене у формувальному експерименті тематичне планування наведене у Додатку Б.

У роботі фотогуртка використовувались різні методи, а саме:

1. Словесні методи навчання (міні-лекція, розповідь, пояснення, бесіда). Вони завжди застосовувалися з використанням наочності та власною діяльністю вихованця.

2. Практичні методи навчання (вправи на комп'ютері, самостійна робота, рольові ігри).

У роботі фотогуртка велика увага також приділялась психологічній корекції особистості осіб з ПОРА.

Позитивний вплив фотографії на особистість та її стосунки з навколишнім світом можуть проявлятися як при самостійних заняттях, так і при створенні й обговоренні фотознімків разом із фахівцем.

Фотографію можна розглядати як гру. Вона дійсно дозволяє «грати» з реальністю та її візуальними відображеннями: вибрати з неї те, що для особи з ПОРА є найбільш важливим та цікавим, творчо комбінувати різні елементи реальності один з другим і навіть створювати іншу, фантастичну реальність (сюрреалізм), що неможливо побачити фізичним зором.

Фотографування часто пов'язане із самопрезентацією – уявленням себе в певному образі реальній або удаваній аудиторії, і хоча ми часто не усвідомлюємо, в якій мірі при цьому наші зовнішність та поведінка змінюються, а «сценарій» драми, що розігрується перед фотоапаратом, нам невідомий, в цей час все ж відбувається дещо, що нагадує міні-спектакль, вплив якого і на його учасників, і на глядачів буває дуже значним.

Частіше за все, показуючи комусь фотографії, ми супроводжуємо це розповіддю. Розповідь дозволяє не лише передавати наше ставлення до того, що на фото зображено, та прояснити те, що приховано «за кадром», а й зазначити сутність подій та переживань і зв'язати разом різні аспекти досвіду. Розповіді, що супроводжують показ фотографій, нерідко дуже винахідливі та барвисті, що не лише посилює вплив візуальних образів, але й дозволяє виразити повніше та глибше почуття, пов'язані з ними.

Спецкурс «Гарденотерапія»

Останні роки в Україні науковці та практики, які займаються соціальною та професійною реабілітацією дітей та молоді з інвалідністю, розробляють та

впроваджують у практику роботи реабілітаційних центрів все нові та нові методи та методики соціальної реабілітації. Ці методики та методи сприяють підвищенню соціальної адаптації, життєвій активності дітей та молоді з інвалідністю. Однією з таких методик є саденотерапія, яка покладена в основу спецкурсу «Саденотерапія», що був одним з напрямків професійної орієнтації дітей з інвалідністю у формувальному експерименті. Застосування методу саденотерапії сприяє заохоченню осіб з ПОРА до роботи з рослинами та передбачає такі зміни у їхньому фізичному та психоемоційному стані:

- розвиток м'якої моторики;
- розвиток навичок самостійної праці на земельній ділянці;
- розвиток навичок самостійного ведення господарства;
- покращення орієнтації у просторі;
- покращення логічного мислення;
- формування естетичного смаку;
- створення умов для психоемоційної релаксації.

Більшість дітей з інвалідністю, в силу свого фізичного стану, відірвані від безпосереднього спілкування зі світом живої природи. Для них великою проблемою є неспроможність самовираження й самоствердження себе як особистості. Психологи кажуть, що нездібних дітей не існує, кожен має особливі нахили до чогось. Завдання фахівців Центрів соціальної реабілітації

– допомогти цій категорії дітей розкритися, виявити свої здібності, знайти своє місце у цьому світі. Найдієвим і доступним способом корекційного впливу на розвиток емоційної та розумової сфери дітей з інвалідністю є їхнє залучення до спілкування з природою. Відчуваючи себе часткою прекрасної та вічної природи, дитина по-новому, більш емоційно, сердечно сприймає навколишній світ, інших людей.

Працюючи з рослинами, вихованець відчуває себе часткою прекрасної і вічної природи, по-новому дбає про неї, що в свою чергу буде мати позитивний вплив на процес соціалізації та адаптації особи з ПОРА.

Освітньою метою запровадження спецкурсу «Саденотерапія» була підготовка осіб з ПОРА до суспільно-корисної праці, формування навичок самостійного ведення господарства, висаджування рослин та догляду за ними, формування у осіб з ПОРА елементарних знань з ботаніки, навчання осіб з ПОРА сприймати, відчувати, розуміти прекрасне в природі, праці, вчинках людей відносно природи, ознайомлення з основою флористики, формування знань про професії «Флорист» та «Агроном».

Корекційно-розвиваючою метою спецкурсу «Саденотерапія» був розвиток навичок самостійної праці на земельній ділянці та самостійного ведення господарства, розвиток м'якої моторики, формування навичок орієнтування у просторі та навичок працювати за зразком, фізичний та емоційний розвиток осіб з ПОРА.

Виховною метою спецкурсу «Саденотерапія» було виховання доброзичливого ставлення осіб з ПОРА до живої природи, розвиток їхнього естетичного смаку, надання можливості відчувати себе частиною живої природи.

Основні завдання спецкурсу «Гарденотерапія»:

1. Розширити елементарні знання осіб з ПОРА про явища природи, розкрити в доступній формі зв'язки між природою і трудовою діяльністю людей;
2. Навчити осіб з ПОРА доглядати за кімнатними рослинами;
3. Навчити осіб з ПОРА працювати на грядках, доглядати за господарством;
4. Розвинути органи чуття осіб з ПОРА і їхні здібності до естетичного сприймання навколишнього світу;
5. Формувати й розвивати в осіб з ПОРА естетичні уявлення і погляди, художній смак, а також уміння бачити й розуміти прекрасне;
6. Розвивати творчі здібності та естетичні нахили осіб з ПОРА;
7. Ознайомити осіб з ПОРА з основними флористики,
8. Ознайомити осіб з ПОРА зі спеціальністю «Флорист» та «Агроном».

Заняття з спецкурсу «Гарденотерапія» проводилися один раз на тиждень (загальна кількість 44 години), тривалість заняття 40 хвилин. Розроблене у формувальному експерименті тематичне планування наведене у Додатку В.

У процесі викладання спецкурсу «Гарденотерапія» використовувались різні методи, а саме:

1. Словесні методи навчання (міні-лекція, розповідь, пояснення, бесіда). Вони завжди застосовувалися з використанням наочності та власною діяльністю вихованця.
2. Практичні методи навчання (вправи, самостійна робота, робота за зразком).

Реабілітаційні заняття з танцювальної терапії

Для дітей та дорослих, які мають психофізичні порушення розвитку, однією з основних проблем є складнощі у вираженні своїх емоцій та почуттів, потреб та переживань. Оточуючі у більшості своїй не можуть побачити за вадю розвитку істину сутність та душу вихованця. Корекційна педагогіка приділяє методам арт-терапії велику увагу у розвитку та адаптації дітей та дорослих, які мають психофізичні порушення розвитку. Одним з таких методів арт-терапії є танцювальна терапія.

Освітньою метою проведення реабілітаційних занять з танцювальної терапії було ознайомлення осіб з ПОРА із основами хореографії; формування навичок міжособистісної взаємодії; формування уявлень осіб з ПОРА про професію «Танцювальний терапевт»; підготовка осіб з ПОРА до максимально повноцінного життя в суспільстві.

Корекційно-розвиваючою метою проведення реабілітаційних занять з танцювальної терапії у формувальному експерименті був розвиток рухового та емоційного репертуару осіб з ПОРА, розвиток спонтанних дій та вміння словесно обговорювати свій психоемоційний стан, формування особистості, естетичне виховання, розвиток соціальної активності.

Виховною метою реабілітаційних занять з танцювальної терапії було виховання доброзичливого ставлення осіб з ПОРА один до одного, розвиток

їхнього естетичного смаку, надання можливості відчувати красу музики та танцю.

Введення танцювальної терапії у систему заходів з соціальної реабілітації дітей з інвалідністю надає особам з ПОРА можливість:

- 1) розвивати самостійність;
- 2) тренувати розслаблення та концентрацію;
- 3) розвивати креативність внутрішнього «Я»;
- 4) розвивати творчу уяву;
- 5) знижувати напругу у дитячому колективі;
- 6) тренувати вміння слухати та чути інших;
- 7) знімати тілесну напругу;
- 8) розвивати комунікабельність;
- 9) розвиватися інтелектуально в області різноманітних видів мистецтв;
- 10) виявляти проблеми в окремої взятої дитини та дитячому колективі;
- 11) корегувати проблеми окремої взятої дитини та дитячого колективу.

Заняття з танцювальної терапії тривалістю 60 хвилин у реабілітаційних групах для осіб з ПОРА проводилися один раз на тиждень. Також 44 годин було виділено на проведення індивідуальних занять для осіб з ПОРА. Розроблене у формуальному експерименті тематичне планування занять у групах з танцювальної терапії наведено у Додатку Г.

Танцювальний терапевт у своїй роботі використовує різноманітні техніки. Вони варіюються в залежності від проблеми вихованця. Найбільш поширені такі техніки: дихання, тілесне інтегрування, тілесний якір, тілесна та почуттєва інтонація, віддзеркалювання, робота з тілесним картинами та вивчення функціональної тілесної мови.

Робота з групами взаємодтримки батьків осіб з ПОРА

Відповідно до пункту 5.1. Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, затвердженого наказом №301 від 06.08.2009 р. Міністерства праці та соціальної політики України, батьки та (або) законні представники дітей з інвалідністю є повноцінними учасниками процесу соціальної реабілітації.

Основною метою соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують осіб з ПОРА, у формуальному експерименті була мобілізація внутрішнього потенціалу сім'ї для її соціально-психологічної адаптації до проблем підлітка та дорослої людини з інвалідністю та формування усвідомлення батьками подальших соціальних можливостей їхньої дитини.

У соціально-корекційній роботі з сім'ями дітей та дорослих з ПОРА застосовувались різноманітні методи:

1) метод «рівний – рівному», коли батьки із відносно високим рівнем сформованості соціально-психологічних навичок беруть «шефство» (відвідини сімей вдома, телефонування, консультування, допомога у догляді за дитиною) над батьками із відносно низькими рівнем сформованості таких навичок;

- 2) групи самопомогги для батьків;

3) патронаж родин із боку соціальних працівників та педагогів центрів соціальної реабілітації та територіальних центрів соціального обслуговування населення.

Осмыслити й систематизувати необхідні психолого-педагогічні знання розвитку підлітків та дорослих з ПОРА батькам допомагали спеціальні тематичні заняття групи самопомоги для батьків, які проходили один раз на місяць. Їх планували разом декілька фахівців: методист, психолог, соціальний педагог, логопед, дефектолог, реабілітолог. Батьки також запропонували питання для обговорення. За час проведення формувального експерименту у Державній реабілітаційній установі «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь» опрацьовувались, зокрема, такі теми:

- особливості порушень психічного розвитку підлітків та дорослих осіб з церебральним паралічем і можливості їх корекції;
- вплив порушення рухових функцій на психічний розвиток підлітка;
- порушення сенсорних функцій при дитячому церебральному паралічі та їх вплив на інтелектуальний розвиток підлітка;
- методи розвитку мовлення підлітків з церебральним паралічем;
- гіперопіка та її негативний вплив на психічний розвиток підлітків;
- спілкування як важливий чинник психічного розвитку підлітків;
- розвиток навичок самообслуговування як необхідна умова психосоціальної реабілітації підлітків;
- основні засади усвідомленого батьківства;
- роль матері і батька в процесі виховання підлітка;
- статеве виховання підлітків, підготовка їх до майбутнього самостійного життя та створення власної родини.

Кожне заняття групи взаємопідтримки батьків осіб з ПОРА проводилось за такою структурою:

- 1) привітання;
- 2) міні-лекція;
- 3) проведення розвивальних ігор;
- 4) аутотренінг;
- 5) музична релаксація;
- 6) підведення підсумків заняття.

Ще одним завданням роботи з батьками осіб з ПОРА у процесі формувального експерименту був розвиток контактів між сім'ями з метою:

1. Сприяння створенню мережі нянь серед батьків, обмін досвідом, проведення зустрічей батьків вдома, залучення батьків (чоловіків) до ремонту вдома, залучення батьків (чоловіків) до ремонту обладнання для дітей та дорослих з психофізичними порушеннями розвитку;

2. Допомоги у створенні громадської організації батьків;

3. Активізації батьків до захисту своїх прав, до роботи в громадських організаціях, до участі у прийнятті рішень психолого-медико-педагогічної комісії та ВТЕКу щодо подальшого навчання та працевлаштування дорослих з психофізичними порушеннями розвитку;

4. Створення різного типу клубів за інтересами для батьків та дітей.

Психокорекційна робота з батьками осіб з ПОРА у процесі формувального експерименту проводилась за двома напрямками: індивідуальна та групова формами роботи.

Тематичні заняття групи самопомогі для батьків осіб з ПОРА проходилися кожної останньої суботи місяця.

Зразок групового заняття наведений у Додатку Д.

3.2. Педагогічні умови і методика реабілітації, спрямованої на соціалізацію осіб з порушеннями опорно-рухового апарату

У процесі формувального експерименту доведено, що соціальна реабілітація в умовах реабілітаційних центрів сприятиме соціалізації осіб з ПОРА за таких умов:

1. Систематичне та глибоке психолого-педагогічне вивчення кожної дитини та дорослого з ПОРА як до початку проведення курсу соціальної реабілітації, так і протягом усього терміну її здійснення. Необхідною умовою було систематичне та глибинне діагностування кожної дитини та дорослого з ПОРА тому, що базовим компонентом ефективності реалізації програми соціалізації було використання наявних можливостей особистості та прогнозування можливого прогресу. Моніторинг реабілітаційного процесу надав можливість коригувати програму соціалізації та використовувати набутий особистісний потенціал осіб з ПОРА.

2. Складання програми соціалізації осіб з ПОРА з урахуванням усіх компонентів соціалізації: наявність чіткої, методично-обумовленої програми соціалізації осіб з ПОРА надала можливість педагогам реабілітаційних центрів здійснювати свою діяльність послідовно, дотримуючись певних форм і методів, що пройшли методичну апробацію.

3. Включення та чітке дотримання індивідуального підходу в реалізації програми соціалізації осіб з ПОРА: індивідуальний підхід в реалізації програми соціалізації осіб з ПОРА забезпечив можливість персонального відбору форм і методів соціалізації, спрямованих на максимальне розкриття соціального потенціалу та включення у соціум осіб з ПОРА.

4. Опанування методами соціалізації осіб з ПОРА усіма педагогічними працівниками центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю: всі педагогічні працівники реабілітаційного центру опанували методи соціалізації осіб з ПОРА тому, що повинні були розуміти спільну мету в соціальній реабілітації кожної особи з ПОРА.

5. Усвідомлення особами з ПОРА впливу власних психофізичних порушень на їхню життєдіяльність взагалі: особи з ПОРА усвідомили вплив власних психофізичних порушень на життєдіяльність, що допомогло їм використовувати власні можливості для більш повноцінної адаптації та реалізації себе у соціумі, нівелюючи свої слабкі сторони.

6. Єдність в діях і здійснення соціалізації осіб з ПОРА з боку фахівців центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, родини та громадськості: фахівці реабілітаційних центрів, члени родин і громада були ключовими

фігурантами у процесі соціалізації осіб з ПОРА, тому всі вони мали чіткі уявлення про особливості осіб з ПОРА та прямувати у спільному напрямку покращення їхнього соціального становища.

7. Забезпечення можливості отримання необхідних послуг з соціальної реабілітації протягом усього життя.

Задля забезпечення виконання перерахованих вище умов успішної соціалізації осіб з ПОРА нами було впроваджено спецкурси, спрямовані на соціалізацію осіб з ПОРА, а саме: спецкурс «Права людини», спецкурс «Гарденотерапія», реабілітаційні заняття фотогуртка, групи взаємопідтримки батьків осіб з ПОРА, реабілітаційні заняття з танцювальна терапія.

Були розроблені методики залучення батьків осіб з ПОРА до процесу соціалізації їхніх дітей в умовах центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю та формування у них соціально-психологічної компетентності завдяки відвідуванню груп самопомоги.

Також була створена платформа для тісної співпраці та творчої взаємодії фахівців, які забезпечують соціально-психологічний супровід вихованців реабілітаційного центру.

Методика проведення спецкурсу «Права людини»

Спецкурс «Права людини» було включено у систему заходів соціальної реабілітації як такий, який забезпечує осіб з ПОРА знаннями своїх прав та обов'язків, формує у них перспективу самостійного життя.

Відомо, що дитина з інвалідністю може бути підготовлена до повноцінного життя в громаді за умови, якщо фахівці реабілітаційного центру та члени родини дитини зуміють виховати в неї почуття власної гідності та поваги до іншої людини. Важливе корекційне значення у досягненні цієї мети має правове виховання дитини як складова частина загальної системи гармонійного виховання.

Завдяки введенню спецкурсу «Права людини» в систему заходів з соціальної реабілітації, особи з ПОРА повинні оволодіти такими знаннями та вміннями:

- знати права людини та нормативні документи, які їх регламентують;
- знати установи в державі, які стоять на захисті прав людини;
- вміти на елементарному рівні відстоювати свої права та подавати в письмовому вигляді відповідні скарги у відповідні установи;
- вміти поважати честь та гідність іншої людини;
- вміти виконувати обов'язки свідомого громадянина в сучасному суспільстві;
- розуміти перспективу власного дорослого життя;
- позитивно ставитися один до одного.

Успішність засвоєння особами з ПОРА програмного матеріалу здебільшого залежала від:

- 1) змісту заняття, який має узгоджуватися зі специфікою пізнавальної діяльності, станом емоційно-вольової сфери, обсягом знань, умінь і навичок, що відповідають особливим потребам осіб з ПОРА;
- 2) поваги вчителя до кожного вихованця;

- 3) інтересу вихованців до заняття;
- 4) урахування індивідуальних рис кожного вихованця;
- 5) активізації розумових сил і вольових зусиль особи з ПОРА в процесі роботи над вирішенням творчих завдань;
- 6) ситуації успіху;
- 7) можливостей особи з ПОРА у розкритті власного потенціалу.

На заняттях особи з ПОРА виконували багато вправ, які мали навчально-соціалізуючий характер. Наприклад, спрямовані на відпрацювання вмінь захищати свої права та права іншої людини, спілкуватися з представниками органів влади, засобами масової інформації тощо. Ділові ігри проводилися на етапі закріплення матеріалу. Наприклад: «Які твої права порушені?» або «До кого звернутися?»

На заняттях використовували елементи тренінгу як форми навчання у групі з використанням інтерактивних методик, тобто тих, що базуються на активній участі кожного учасника та взаємодії між усіма членами групи, включаючи ведучого, який зветься тренером.

Тренінг «запрограмований» на певну імпровізацію, тому підбору складу учасників групи потрібно приділяти належну увагу. Були проведені такі тренінги: «Від дискримінації до реалізації прав», «Демократичні вибори», «Рівність чоловіків та жінок».

Також застосовувалися наочні засоби навчання (навчальні фільми, картини, плакати, фотознімки), наприклад, плакати «Шлях оформлення групи інвалідності», плакат «Конвенція ООН про права інвалідів», навчальний фільм «Моє право на інклюзивну освіту» та інші.

Для підсилення корекційного впливу під час викладання спецкурсу «Права людини» застосовували елементи арт-терапії, ізотерапії, музикотерапії, наприклад, створення аплікації «Мої права», малювання вражень від перегляду фільму та інше.

Також було розроблено інформаційний куточок «Права людини», в якому містилась інформація про головні положення «Конвенції ООН про права інвалідів», «Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю», «Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку» та інші.

Заняття з спецкурсу «Права людини» проводилися у формі гурткової роботи один раз на тиждень, по середах о 15.00 з тривалістю заняття 40 хвилин. Одночасно у занятті брало участь від 15 до 20 осіб.

Методика проведення реабілітаційних занять фотогуртка

Робота фотогуртка була започаткована на основі того, що робота з фотографіями передбачає також те, що особи з ПОРА оволодіють основами комп'ютерної граматики, а також тому, що фотографування пов'язане між собою з вибором різних об'єктів, ракурсів та моментів зйомки. Незалежно від зв'язку фотомистецтва з конкретними техніками воно може бути одним із факторів розвиваючого впливу на такі функції, як мислення, пам'ять і увага, на грубу та дрібну моторику осіб з ПОРА.

У нашому дослідженні фотогурток відвідували особи з ПОРА. На заняттях з ними вивчалися різні види зйомок: портрети, пейзажі, групові та індивідуальні фотозйомки. Особи з ПОРА вчилися знімати як при природному освітленні, так і при штучному.

Результати формувального експерименту засвідчили, що можливими є наступні варіанти включення фотографії до різних програм лікувально-корекційної, психопрофілактичної, реабілітаційної та розвиваючої спрямованості:

1. Фотографія може використовуватися один раз або епізодично, особливо на певних етапах роботи, коли у дитини та дорослого з порушеннями опорно-рухового апарату виникає бажання до її застосування. При цьому людина може керуватися простою цікавістю, бажанням отримати новий творчий досвід, досягти більш тісного контакту з реальністю, дещо дистанціюватися від почуттів, отримати візуальне підтвердження змін, що в неї відбулися, зафіксувати особливо значимі для неї моменти життя чи роботи або ж іншими потребами. Ці потреби можуть носити тимчасовий характер, і після виникнення інтересу до фотографії вихованець може перейти до використання інших засобів та матеріалів. Фахівець при цьому повинен по можливості розібратися, яким потребам конкретного вихованця чи групи відповідає фотографія, та якщо з'ясується, що звернення до неї пов'язано із значущими тенденціями розвитку, він може більш активно підтримати їхню цікавість до фотографії.

2. За наявності у вихованця або групи вихованців стійкого інтересу до використання фотографії, вони можуть застосовувати її регулярно протягом усього процесу роботи. При цьому фахівець може або пропонувати їм повну свободу дій та, слідуючи принципам не директивного підходу, забезпечувати оптимальні умови для роботи й сприяти вираженню почуттів, або ж запропонувати їм певні техніки та вправи, що дозволяють організувати роботу й сфокусуватися на вирішенні конкретних завдань.

3. Доцільною є й організація спеціальних фототерапевтичних груп, що працюватимуть у форматі психотерапії або тренінгу й застосовуватимуть фотографію в якості основного робочого інструменту.

У процесі роботи фотогуртка реалізовувались певні задачі й функції, які представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Завдання використання фотографії та її психологічні функції

Завдання	Функції
Актуалізація та вираження почуттів, досягнення психологічної розрядки	Фокусування, актуалізації, стимуляції, мобілізації
Усвідомлення потреб та переживань	Об'єктування, нові сенсоутворення, відображення динаміки змін, організації
Усвідомлення та корекція дезадаптивних проявів поведінки й мислення	Об'єктування, сенсоутворення, організації, відображення динаміки змін
Розвиток координації рухів	Стимуляції, мобілізації

Продовження Таблиці 3.1.	
Розвиток умінь і механізмів психологічного захисту та самоконтролю	Захисту, організації, мобілізації
Розвиток самостійності та здатності до прийняття відповідальності за свої дії	Організації, мобілізації, фокусування, актуалізації, об'єктування, сенсоутворення
Розвиток спонтанності й здатності експериментувати з новими формами досвіду	Фокусування, актуалізації, мобілізації, стимуляції
Розвиток візуального та понятійного мислення, сенсомоторних навичок, естетичних уявлень	Стимуляції, організації, мобілізації, сенсоутворення, відображення динаміки змін, фокусування та актуалізації, конструювання
Усвідомлення зв'язку між різними аспектами психічного досвіду та системи відношень, закріплення «Я» й особистих меж	Відображення динаміки змін, організації та інтеграції, об'єктування, фокусування, сенсоутворення
Актуалізація та прояв латентних потреб і якостей особистості, розкриття внутрішніх ресурсів та творчих здібностей	Стимуляції, мобілізації, фокусування, організації, захисту, сенсоутворення
Розвиток інтересів та мотивацій, усвідомлення установок та цінностей	Мобілізації, фокусування, об'єктування, відображення динаміки змін, сенсоутворення
Розвиток міжособистісної компетентності – вміння розуміти та сприймати оточуючих і вступати з ними в конструктивну взаємодію	Фокусування та актуалізації, об'єктування, сенсоутворення, організації, мобілізації, деконструювання, відображення динаміки змін
Удосконалення навичок включення до спільної діяльності	Стимуляції, організації, мобілізації, відображення динаміки змін, деконструювання, фокусування та актуалізації
Усвідомлення та прийняття групових норм та цінностей, усвідомлення спільності проблем та людського досвіду	Фокусування, відображення динаміки змін, сенсоутворення, реконструювання

Було доведено, що з лікувально-корекційною та розвивальною метою буває дуже корисним провести зйомку у тому середовищі, яке виступає як значущий зовнішній ресурс. Так, наприклад, зйомка на природі сама по собі здатна забезпечити сенсорну стимуляцію, викликати позитивні емоції та естетичні переживання. Або ж зйомка може відбуватися в такому середовищі, де можуть проявитися соціальна конфронтація та складні відчуття, що в деяких випадках також може бути досить корисним, оскільки допомагає вихованцю усвідомити природу своєї соціальної поведінки та установок і готуючи її до зустрічі з реальністю.

Варіанти використання фотографії можуть також диференціюватись у залежності від того, якими ще формами творчої діяльності вихованця або учасників групи вона доповнюється. Так, виготовлення знімків у дослідженні поєднувались зі створенням фотоколажу або асамбляжу, плакату або

ілюстрованої фотографіями «книжки», і в цьому випадку передбачало образотворчу діяльність. Також фотографія поєднувалась зі створенням історій або «міні-сценаріїв», що пов'язано з літературною творчістю.

Особи з ПОРА самостійно та за допомогою викладача фотографували усі свята та урочисті події, які відбувалися в Центрі, та всі події, спрямовані на соціальну реабілітацію дітей та молоді з психофізичними порушеннями розвитку поза межами Центру. Особи з ПОРА також вчилися виготовляти фото на документи.

Фотогурток практикувався на виготовленні листівок та календарів. Під час такої роботи у осіб з ПОРА розвивалося творче мислення, увага, пам'ять. Вони вчилися фантазувати, мислити. Під час виготовлення листівок та календарів вони підбирали квіти до відповідної пори року, події, зображеної на фото, до відповідної дати.

За допомогою комп'ютерних програм особи з ПОРА коригували зображення. На фотогуртку також вивчали програму «Photoshop», за допомогою якої можна редагувати та створювати якісні фотознімки.

Фотогурток проводився у формі індивідуальних та групових занять, що сприяло розвитку міжособистісної компетентності, вихованню колективізму. Через роботу з фотографіями особи з ПОРА отримували можливість самовираження, підвищували свою комп'ютерну грамотність та ставали впевненішими у собі. Заняття фотогуртка проводилися у формі гурткової роботи один раз на тиждень, по вівторках о 15.00 з тривалістю заняття 40 хвилин.

Методика проведення спецкурсу «Гарденотерапія»

Відомо, що дитина з психофізичними порушеннями розвитку може бути підготовлена до суспільно-корисної праці за умов, якщо фахівці реабілітаційного центру й члени родини дитини зуміють скорегувати, в деякій мірі, недоліки розумового та фізичного розвитку дитини, сформулюють у неї правильне відношення до праці та їй необхідний мінімум загальноосвітніх і професійно-трудова навиків. Важливе корекційне значення у досягненні цієї мети має трудове та естетичне виховання дитини, як складові частини загальної системи гармонійного виховання.

Завдяки введенню спецкурсу «Гарденотерапія» в систему заходів із соціальної реабілітації особи з ПОРА оволоділи такими знаннями та вміннями:

- 1) знання правил техніки безпеки роботи на присадибній ділянці та в теплиці;
- 2) знання щодо будови рослин, розрізнення серед рослин дерев, кущів, трав'янистих рослин;
- 3) вміння їх розсаджувати відповідним способом;
- 4) ведення спостереження за працею людей та вміння робити для себе корисні висновки;
- 5) догляд за кімнатними рослинами, рослинами в зимовому саду та на ділянці;
- 6) знання правил складання композицій з квітів, вміння складати ці композиції.

Завдання, які ставив перед собою фахівець під час викладання спецкурсу «Гарденотерапія»:

- 1) навчання осіб з ПОРА бачити, сприймати, відчувати красу природи;
- 2) пробудження в осіб з ПОРА естетичних почуттів до природи;
- 3) навчання осіб з ПОРА не тільки розуміти й любити, але й постійно дбати про природу, берегти та доглядати за нею;
- 4) формування та розвиток у осіб з ПОРА естетичних уявлень і поглядів, художнього смаку, а також уміння бачити і розуміти прекрасне;
- 5) надихання осіб з ПОРА на самостійну працю;
- 6) формування екологічної свідомості в осіб з ПОРА.

Вибір методів і прийомів викладання спецкурсу «Гарденотерапія» визначався змістом річного плану і залежав від природного оточення Центру, місця й об'єкта спостереження, від віку вихованців та їхнього психофізичного стану.

У процесі викладання спецкурсу «Гарденотерапія» використовувалися різні методи:

1. Практичні методи навчання (вправи, самостійна робота, дидактичні ігри, навчальні екскурсії).

На заняттях з гарденотерапії особи з ПОРА виконували багато вправ, які несли навчально-тренувальний характер. Наприклад, такі, що спрямовані на відпрацювання умінь користуватися знаряддями догляду за рослинами, роботи на земельній ділянці тощо. Дидактичні ігри проводилися на різних етапах заняття, але частіше в кінці для закріплення матеріалу. Наприклад: «Хто більше знає кімнатних рослин?», «Хто більше знає та вміє?»

2. Наочні засоби навчання (навчальні фільми, картини, листівки, фотознімки).

Картини потребують особливих прийомів роботи з ними. Мало показати її, необхідно домогтися, щоб вихованці осмислили її зміст, уявили собі зображені на ній предмети. Тому зміст картини вихованці самі повинні були розкрити, за допомогою допоміжних питань. Для обговорення вихованців пропонувались такі картини: С. Васильківського «Напровесні», «Степова річка»; І. Шишкіна «Зима», «Дубовий гай» та інші.

В результаті такої роботи матеріал краще закріплювався в пам'яті.

3. Словесні методи навчання (розповідь, пояснення, бесіда). Вони завжди повинні використовуватися із застосуванням наочності й власною діяльністю вихованця.

Розповідь використовувалася, коли було необхідно, наприклад, охарактеризувати в доступній формі будову рослин, структуру ґрунту тощо. Пояснення були недовгими, доступними, ясно викладеними, лаконічними.

Для підсилення корекційного впливу під час викладання «Гарденотерапії» потрібно було застосовувати елементи музикотерапії, ізотерапії, арт-терапії, бібліотерапії, наприклад, читання оповідань, малювання рослин, створення аплікацій з природного матеріалу та інше. Показ й інструктаж відігравали велику роль у пізнанні особами з ПОРА природи та формування у них навичок самостійної діяльності.

Під час вивчення тем флористики рекомендуємо для початку ознайомити з загальними постулатами мистецтва флористики. Потім подати вихованцям ідею, пропозицію, запропонувати їм для спостереження саморобні нескладні композиції, та різноманітні матеріали, потім ознайомити з багатим вибором композицій у каталогах, навчити ними користуватися.

Аранжування квітів привчало осіб з ПОРА спостерігати і вивчати навколишню природу, аналізувати, а потім узагальнювати накопичені знання в композиційному рішенні, розвивало їхні творчі можливості, естетичний смак, розширювало рамки естетичного виховання, сприяло формуванню особистості.

Складання композицій з квітів мало психотерапевтичний ефект: знімало нервові та психологічні перевантаження, заспокоювало, створювало гарний настрій.

Застосування методу садотерапії в загальній корекційній діяльності сприяло розвитку у вихованців почуття прекрасного, розуміння краси природи, людських стосунків і вчинків, поезії, праці та побуту, активізації їхньої пізнавальної діяльності, розвитку емоційності почуттів, збагачувало уяву.

Для проведення занять спецкурсу «Гарденотерапія» нами було створено куточок живої природи, земельну ділянку та використовувався зимовий сад Центру.

Для засвоєння програмного матеріалу особами з ПОРА доцільно використовувати такі форми роботи під час викладання спецкурсу «Гарденотерапія»:

1. Заняття – це основна форма організації осіб з ПОРА при ознайомленні з природою. Заняття проводились в певні години за розробленим планом. Заняття будували так, щоб у процесі ознайомлення з природою здійснювався розвиток пізнавальної здатності та мовлення вихованців, виховання інтересу й любові до природи. Головне в занятті – це навчити працювати практично. Під час занять наголошувати на тому, що кожна справу необхідно довести до кінця, а результатами праці можна було б помилуватися.

2. Експерсія – це заняття, на якому особи з ПОРА знайомились з природою в звичайних умовах: в лісі, на полі, в саду, в гаю.

Щоденні прогулянки широко використовували для ознайомлення вихованців з природою. Вони носили характер невеликих екскурсій, під час яких проводили огляд ділянки, організували спостереження за погодою, сезонними змінами в житті рослин і природи. Збираючи цікаві колекції дарів природи та виготовляючи з них потім різні вироби, особи з ПОРА дізнавались багато нового й цікавого, вчилися любити природу та бачити її красу.

3. Безпосередня праця на ділянках території.

Ознайомлення вихованців з природою в Центрі вимагало постійного безпосереднього спілкування з нею. Однією з умов, яка забезпечує це, була організація в Центрі зимового саду. Працю та спостережливість осіб з ПОРА за рослинами організували протягом року. Вони спостерігали за рослинами й звикали до бережливого ставлення до них, оволодівали елементарними трудовими навичками, привчалися до спільної праці з дорослими, одне з

одним, а потім самостійно. Організація праці осіб з ПОРА залежить від їхніх психофізичних можливостей .

4. Практична робота з рослинами.

На території Центру «Промінь» є своя земельна ділянка, на якій особи з ПОРА проводили більшу частину часу, особливо в теплу пору року. Ділянка – це місце для ігор, прогулянок, занять, спостережень за рослинами й тваринами протягом всього року. Наявність на ділянці дерев, кущів, городу, квітника, плодово-ягідних насаджень має велике виховне значення. Особи з ПОРА разом з викладачем вирощували рослини, доглядали за ними, одержували конкретне уявлення про їхній ріст і розвиток. У процесі догляду за рослинами в них вироблялося вміння правильно користуватись простими знаряддями для обробки землі й догляду за рослинами, формувалося бережливе ставлення до природи.

Красиво оформлена ділянка, правильно підібрані декоративні рослини мають велике значення для естетичного виховання. Важливий вплив на естетичний смак вихованців має художнє оформлення клумб і зимового саду.

Заняття зі спекурсу «Гарденотерапія» проводилися один раз на тиждень тривалістю 40 хвилин.

Методика проведення реабілітаційних занять з танцювальної терапії

Стороннім людям, які спостерігали за заняттям з рухової терапії, дуже важко побачити процеси, які відбувалися під час цього заняття. Ще складніше говорити або писати про це, коли йдеться про танцювальну терапію для дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату. Щоб танцювальна терапія була визнана повноцінним методом реабілітації та зайняла відповідне місце у системі соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, танцювальні терапевти повинні бути в змозі розповісти про те, що вони роблять, як вони це роблять і які зміни при цьому відбуваються. Дослідження – це єдиний спосіб, за допомогою якого вони можуть це зробити. Записи занять на відео – це документи, які роблять ці вкрай необхідні дослідження можливими.

Для того, щоб розкрити осіб з ПОРА, терапевт спочатку танцював сам, тим самим надихаючи вихованців на танок.

Особи з ПОРА потребували допомоги, щоб навчитися відчувати своє тіло та тілесні кордони. Коли вихованці починали розуміти власне тіло, вони могли навчитися ним керувати. Танцювальна терапія дозволяла особам з ПОРА будувати власну цілісну тілесну картину.

Заняття з особами з ПОРА будувалися на руйнуванні рухових їхніх стереотипів, знятті скутості та розширенні кордонів спілкування з оточуючим світом.

Кожне заняття з танцювальної терапії ділилося на 4 частини:

- 1) підготовка місця до роботи;
- 2) тренування особистих вільних асоціацій і вміння передавати їх іншим;
- 3) відпочинок через релаксацію;
- 4) вираження своїх почуттів, розуміння музики, природи, можливість передавати їх на папері.

Мета заняття з танцювальної терапії:

- 1) розвиток креативності;
- 2) усвідомлення себе як особистості;
- 3) корекція та вирішення проблем психофізичного розвитку осіб з ПОРА;
- 4) підвищення самооцінки;
- 5) корекція тіла, покращення координації рухів, покращення осанки;
- 6) розблокування м'язової скрутості, локальної напруги м'язових груп.

Кожне проведене заняття танцювальний терапевт обговорював із практичним психологом для уточнення танцювально-терапевтичної програми подальшого розвитку кожного вихованця.

Танцювальна терапія є інтегруючим засобом і важливим компонентом соціальної реабілітації осіб з ПОРА, який сприяє всебічному розвитку особистості та налагодженню нею контактів із соціумом.

Методика проведення груп взаємодтримки батьків осіб з ПОРА

У процесі формувального експерименту було впроваджено довготермінові та короткотермінові моделі роботи з батьками осіб з ПОРА. Серед короткотермінових варто назвати кризово-інтервентну й проблемно-орієнтовну моделі взаємодії.

Кризово-інтервентна модель роботи з сім'єю передбачала надання допомоги безпосередньо у кризовій ситуації, що зазвичай є першою сходиною у взаємодії соціального педагога або практичного психолога з сім'єю, яка виховує особу з ПОРА.

Наступною сходиною є проблемно-орієнтовна модель взаємодії, протяжність якої не перевищувала чотирьох місяців і передбачала приблизно 10-12 контактів з членами родини. Вона мала на меті вирішення чисто практичних питань, тобто відбувалося зосередження лише на тій проблемі, яку виховує родина, над якою вона готова працювати.

Довготривалі форми роботи потребували пролонгованого спілкування з членами родини (від чотирьох місяців і більше) та в основному базувалися на психолого-соціальному підході. Основна ідея цієї моделі полягала в тому, щоб зрозуміти людину в ситуації, пов'язати її почуття, переживання, вчинки з впливом довкілля і, виявивши причинно-наслідкові зв'язки, знайти вихід із несприятливого становища.

Основне завдання даної моделі – зміна клієнта, у конкретному випадку сімейної системи, адаптуючи її до виконання своєї специфічної функції – реабілітації особи з ПОРА.

Використання у роботі соціального педагога та практичного психолога різних моделей, методів і форм роботи свідчило, що його участь у комплексній реабілітації сімей, які виховують осіб з ПОРА, з метою підвищення їхньої соціальної адаптації може давати помітні результати.

Моделі роботи з сім'єю

Перша модель – безпосередня робота з конкретною сім'єю:

- відвідування соціальним працівником (чи педагогом) сім'ї, зустріч з усіма членами родини, спостереження за тим, як спілкуються з особою з ПОРА, демонстрування стратегії поведінки, навчання, вирішення проблем;

- батьки відвідують спеціаліста й спостерігають, як він спілкується з особами з ПОРА, проводить прийом та консультування;

- спільна участь у засіданнях Реабілітаційної комісії Центру, коли обговорюються проблеми їхньої дитини.

Друга модель – опосередкована робота з конкретною сім'єю – передбачає :

- ведення детальних записів про дитину батьками та спеціалістом-куратором, надання інформації батькам про хід реабілітації;

- забезпечення батьків методичною літературою, створення карт розвитку дитини, передача в тимчасове користування ігор, посібників для розвитку дитини тощо. Для цього на базі Центру «Промінь» створена «Ігротека для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату» та бібліотека для батьків дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату.

Третя модель – безпосередня робота з групою батьків – передбачає:

- зустрічі спеціалістів із батьками в Центрі з метою обговорення спільних планів, методик, поведінки батьків;

- організацію семінарів для батьків, рольових ігор, бесід, перегляд відеопрограм для занять з батьками. Нами, наприклад, був проведений семінар «Що я знаю про розвиток моєї особливої дитини» та інші;

- залучення батьків до проведення спільних заходів, відпочинку, свят, акцій тощо. Нами, наприклад, було проведено родинне спортивне свято «Козацькі забави» та інше.

Четверта модель – опосередкована робота з групою батьків. Вона передбачає:

- інформування батьків про новітні технології роботи з дітьми, підготовку письмових пропозицій і домашніх завдань, копіювання потрібних для батьків матеріалів;

- проведення опитування шляхом письмового анкетування, підготовку стендів, виставок для батьків, наприклад, виставка творчості «Повір у себе»;

- підготовку навчально-методичних посібників чи рекомендацій для батьків. Нами були розроблені методичні рекомендації «Робота з батьками у контексті соціальної реабілітації дітей-інвалідів» та інші.

Основною метою соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують осіб з ПОРА, є мобілізація внутрішнього потенціалу сім'ї для її психолого-педагогічної адаптації до проблем інвалідності дітей та дорослих.

П'ята модель – розвиток контактів між сім'ями з метою:

- сприяння створенню мережі нянь серед батьків, обмін досвідом, проведення зустрічей батьків вдома, залучення батьків (чоловіків) до ремонту обладнання для дітей;

- допомога в створенні асоціації, групи самопомогти батьків;

- активізація батьків щодо захисту своїх прав, роботи в громадських організаціях, участі у прийнятті рішення психолого-медико-педагогічної комісії;

- створення різного типу клубів для батьків та дітей, наприклад, клубу

«Умілі ручки», інтегрованого театру «Буратіно» та інші.

Останнім часом все більшої популярності в Україні набуває робота психотерапевтичних та психокорекційних груп. Цілі та задачі створення таких груп є різноманітними. У більшості випадків вони визначаються тими проблемами, які існують у нашому суспільстві.

За мету психокорекційної роботи ми розглядали створення сприятливого психоемоційного клімату в сім'ях осіб з ПОРА, формування позитивних установок у свідомості оточуючих близьких і рідних.

У зв'язку з цим психокорекційний процес спрямовувався на розв'язання таких завдань:

- реконструкція батьківсько-дитячих взаємин;
- оптимізація подружніх та внутрішньо-сімейних стосунків;
- гармонізація міжособистісних стосунків між діадою «мати з хворою дитиною» та членами родини, членами родини й іншими (сторонніми) особами;
- корекція неадекватних реакцій у поведінці та емоціях батьків дітей та дорослих з відхиленнями у розвитку;
- розвиток комунікативних форм поведінки, що сприяє самоактуалізації та самоствердженню;
- формування навичок адекватного спілкування з навколишнім світом.

Зміст психокорекційної роботи було реалізовано двома формами роботи: індивідуальною та груповою.

Індивідуальна форма роботи здійснювалася у вигляді бесіди (декількох бесід) або частково структурованого інтерв'ю, а також подальших індивідуальних занять психолога з батьками дітей та дорослих з психофізичними порушеннями розвитку. Цей етап слугував для встановлення безпосереднього особистого контакту між психологом і батьками, для їхнього ознайомлення з проблемами, котрі обговорювалися в групі, а також для визначення власної потреби у відвідуванні групових занять. Одночасно на цьому етапі психолог проводив діагностичне дослідження психологічних особливостей конкретних осіб за допомогою спеціальних методик.

Індивідуальні заняття дозволяли психологу ознайомитися з історією життя батьків, виявити за допомогою спостереження деякі особливості їхніх характерів, познайомитися з історією захворювання дитини, як це сприймають батьки, визначити проблеми, що існують у даній сім'ї, запропонувати допомогу (у вигляді навчання деяким прийомам і формам поведінки, котрі можуть допомогти у важких життєвих ситуаціях, пов'язаних із проблемами дитини).

На груповому етапі роботи психокорекційний вплив здійснювався не тільки з боку психолога на кожного учасника, що відвідував заняття, але й всередині самої групи при взаємодії учасників. Групові корекційні заняття проводилися по трьох напрямках.

Перший напрям: гармонізація взаємовідносин між матір'ю та її дитиною, батьком і дитиною шляхом проведення психокорекційних вправ та обговорення власних висновків після завершення вправи учасниками групи.

Другий напрям: гармонізація внутрішньо-сімейних відносин.

Третій напрям: оптимізація соціальних контактів сім'ї, що виховує дитину з порушеннями опорно-рухового апарату. Воно реалізувалося через:

- 1) розігрування ролевих ситуацій;
- 2) аутотренінг;
- 3) музична релаксація;
- 4) музикотерапія та бібліотерапія;
- 5) хореотерапія;
- 6) вокалотерапія.

Якість стосунків між батьками та їхньою дитиною з психофізичними порушеннями розвитку є, безумовно, одним із головних чинників, що визначають формування особистості дитини, її емоційно-соціальний розвиток. Цей компонент розвитку прогностично особливо вагомий щодо визначення можливостей подальшої соціальної інтеграції дитини, її психологічного комфорту або ж, кажучи «ненауковою» мовою, – можливості прожити щасливе, повноцінне життя.

Соціальна робота з сім'ями в умовах центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю складалася з таких основних напрямів: сімейна терапія, сімейна психопрофілактика, надання соціальної допомоги сім'ї, посередництво в розв'язанні сімейних конфліктів, сімейне консультування, соціально-педагогічна робота з сім'єю. Зміст і форми соціально-педагогічної роботи з сім'єю зумовлювалися групою таких чинників: типом сім'ї, проблемами, що існують у сім'ї; напрямом фахової підготовки спеціаліста, який надавав послуги родині.

Реабілітаційна робота з сім'єю була спрямована, насамперед, на відновлення виховного потенціалу сім'ї, захист прав членів родини в кризових ситуаціях, зміну соціального та сімейного статусу окремих членів сім'ї. Об'єктами соціальної реабілітації в сім'ї були члени родини, які зазнають у ній різних форм психічного, фізичного та сексуального насильства; сім'ї, які за певних умов послабили або неправильно реалізували свою виховну функцію. Діяльність спеціалістів із реабілітації сім'ї була спрямована на зміцнення родинних зв'язків, подолання відчуженості дитини або членів родини від сім'ї, корекцію внутрішніх взаємостосунків, допомогу окремим членам сім'ї в професійному та соціальному становленні.

Профілактична робота з сім'єю була спрямована на запобігання неконструктивної взаємодії між членами родини, різних форм насильства, помилок у сімейному вихованні, формування різних видів хімічної залежності в членів сім'ї, на виявлення потенційно неблагополучних сімей.

Соціальний супровід сім'ї – це робота соціального педагога з сім'єю, яка включає підтримку сім'ї в різних видах її життєдіяльності, формування в членів родини здатності самотужки долати свої труднощі, надання сім'ї допомоги з метою розв'язання різних проблем. Соціальний супровід здійснювався шляхом

надання сім'ї різних видів соціальної та психологічної підтримки, соціальних послуг, консультування, захисту інтересів сім'ї в органах державної влади. Тривалість соціального супроводу окремої сім'ї залежала від гостроти проблем, які в неї існували, рівня розвитку адаптаційного потенціалу членів сім'ї, ступеня функціональної спроможності сім'ї щодо самостійного подолання труднощів, рівня розвитку її зв'язків з мікро- та макросередовищем.

Соціальне інспектування – це складова соціального супроводу, метою якого є контроль соціального педагога за реалізацією в сім'ї прав її членів, виявлення випадків їх порушення та умов, що цьому сприяють.

У 2010-2011 рр. у рамках формувального експерименту в Вінницькому центрі «Промінь» у було проведено 238 занять з курсу «Гарденотерапія», 68 занять фотогуртка, 54 заняття зі спецкурсу «Права людини», було проведено 15 зустрічей групи взаємопідтримки батьків осіб з ПОРА, 507 занять з танцювальної терапії.

У формувальному експерименті брали участь 40 осіб з ПОРА, 27 батьків осіб з ПОРА.

Результати формувального експерименту проаналізуємо у наступному параграфі.

3.3. Аналіз експериментальних даних імплементованої моделі соціалізації

Розроблена модель соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату впроваджувалась у практику роботи Державної реабілітаційної установи «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь» Міністерства соціальної політики України.

Експериментальну групу склали 40 випускників «Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь», які мають діагноз дитячий церебральний параліч, 6 осіб мали легку розумові відсталість. В експерименті брало участь 18 осіб чоловічої статі та 22 особи жіночої статі. Віковий ценз експериментальної групи склав: 14-19 років. Контрольну групу склали 40 осіб, які мають діагноз дитячий церебральний параліч, 7 осіб мали легку розумові відсталість. В експерименті брало участь 23 особи чоловічої статі та 17 осіб жіночої статі.

Завдяки введенню в систему заходів центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю таких напрямків як: спецкурс «Права людини», курс «Гарденотерапія», робота фотогуртка, групи взаємопідтримки батьків дітей з інвалідністю, танцювальна терапія, покращилися соціальні навички осіб з ПОРА.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.2 і на рисунку 3.1.

Таблиця 3.2.

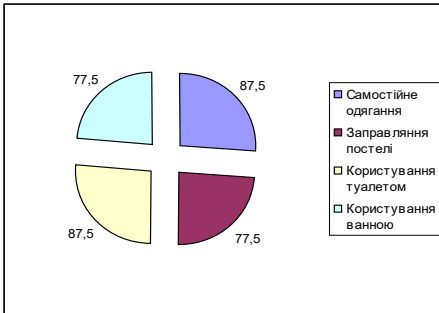
Види самообслуговування

Види самообслуговування	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Самостійне одягання	87,5	87,5	92,5	92,5
Заправлення постелі	77,5	80	75	75
Користування туалетом	87,5	90	90	90
Користування ванною	77,5	77,5	75	77,5

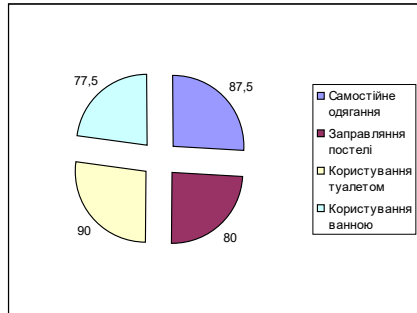
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту

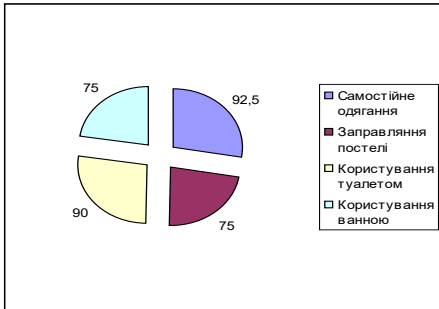


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

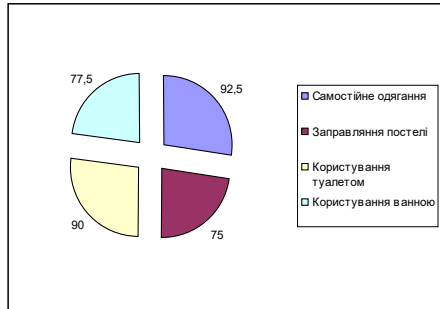


Рисунок 3.1. Види самообслуговування.

Результати дослідження підтверджують те, що підвищення рівня самообслуговування осіб з ПОРА у значній мірі залежить від:

- створення максимально безбар'єрного середовища;
- всебічного розвитку фізичних та психологічних здатностей особистості;
- усвідомленої та фахової участі педагогів і батьків у процесі ознайомлення осіб з ПОРА з функціями власного тіла.

Завдяки покращенню навичок самообслуговування особи з ПОРА вдосконалили свої вміння щодо ведення господарства.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.3 і на рисунку 3.2.

Таблиця 3.3.

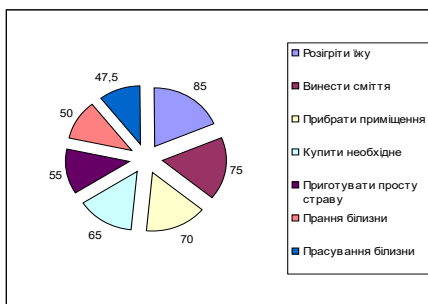
Види діяльності щодо ведення господарства

Види діяльності	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Розігріти їжу	85	90	87,5	87,5
Винести сміття	75	77,5	77,5	80
Прибрати приміщення	70	75	72,5	72,5
Купити необхідне	65	70	62,5	62,5
Приготувати просту страву	55	62,5	57,5	57,5
Прання білизни	50	67,5	52,5	55
Прасування білизни	47,5	55	50	50

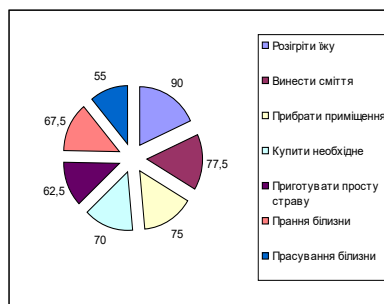
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

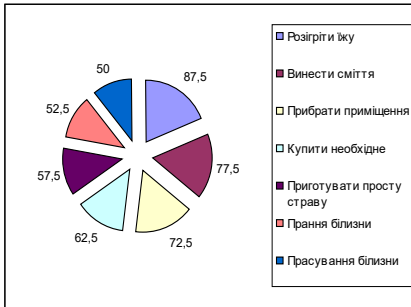
До експерименту



Після експерименту



До експерименту



Після експерименту

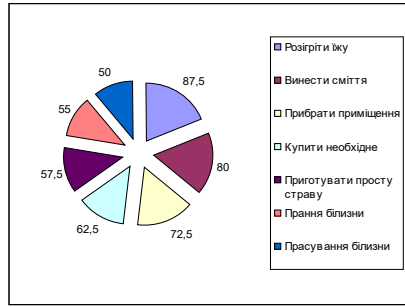


Рисунок 3.2. Види діяльності щодо ведення господарства.

Навички самостійного ведення господарства є базовим компонентом соціалізації дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, який дозволить їм у вести максимально незалежний спосіб життя.

Отримані знання, навички, та вміння у процесі проведення експерименту дозволяють особам з ПОРА більш усвідомлено та реалістично підходити до планування свого майбутнього.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.4 і на рисунку 3.3.

Таблиця 3.4.

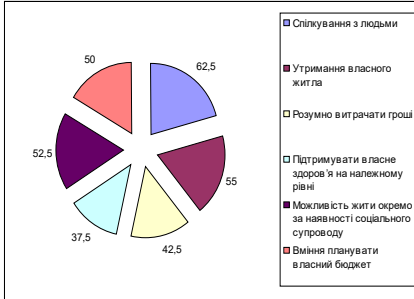
Вміння та навички осіб з ПОРА

Вміння та навички	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Контрольна група
	%	%	%	%
Спілкування з людьми	62,5	77,5	65	67,5
Утримання власного житла	55	65	52,5	52,5
Розумно витратити гроші	42,5	67,5	45	45
Підтримувати здоров'я на належному рівні	37,5	55	35	35
Можливість жити окремо за наявності соціального супроводу	52,5	60	55	57,5
Вміння планувати власний бюджет	50	62,5	52,5	52,5

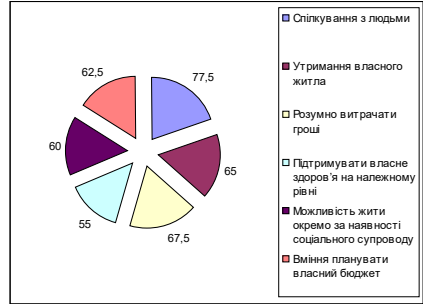
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту



Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

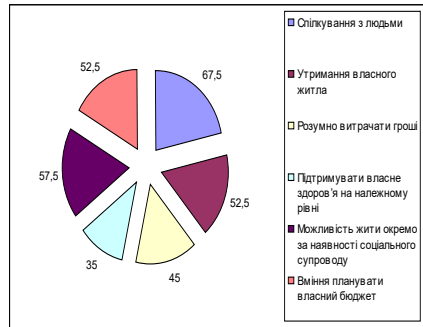


Рисунок 3.3. Вміння та навички осіб з ПОРА.

Проведені заходи у рамках експерименту сприяли формуванню в осіб з ПОРА навичок усвідомленого психологічного відокремлення від постійної батьківської опіки, прийняття відповідальності за власне життя, поставлення реальних цілей власного життя та руйнування позиції безпорадності.

Результати дослідження такі (наведені у табл. 3.5 та на рис. 3.4):

Таблиця 3.5.

Виявлені потреби осіб з ПОРА

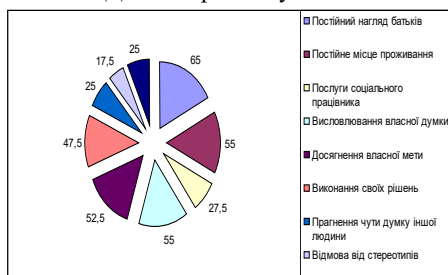
Потреба	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Постійний нагляд батьків	65	57,5	62,5	62,5
Постійне місце проживання	55	55	52,5	52,5

Продовження Таблиці 3.5.				
Послуги соціального працівника	27,5	30	25	27,5
Висловлювання власної думки	55	67,5	52,5	57,5
Досягнення власної мети	52,5	72,5	52,5	55
Виконання своїх рішень	47,5	57,5	50	52,5
Прагнення чути думку іншої людини	25	42,5	22,5	27,5
Відмова від стереотипів	17,5	27,5	15	17,5
Прагнення усвідомленої максимальної самостійності	25	37,5	27,5	32,5

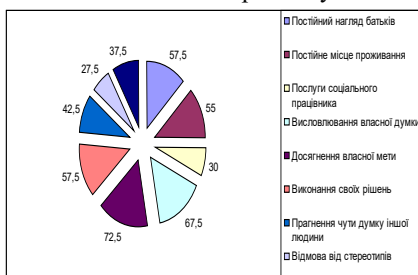
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту

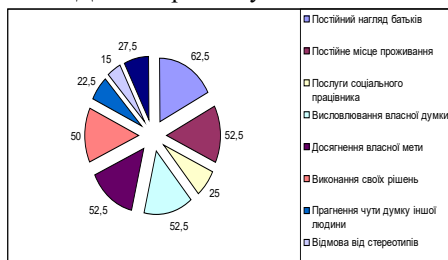


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

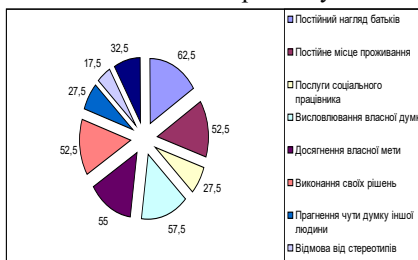


Рисунок 3.4. Виявлені потреби осіб з ПОРА.

Провідним інститутом соціалізації дітей та дорослих з порушеннями

опорно-рухового апарату була і залишається родина. Але усвідомлення особами з ПОРА власної гідності, цінності та можливостей щодо реалізації власних потреб, веде до змін у родинних стосунках.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.6 і на рисунку 3.5.

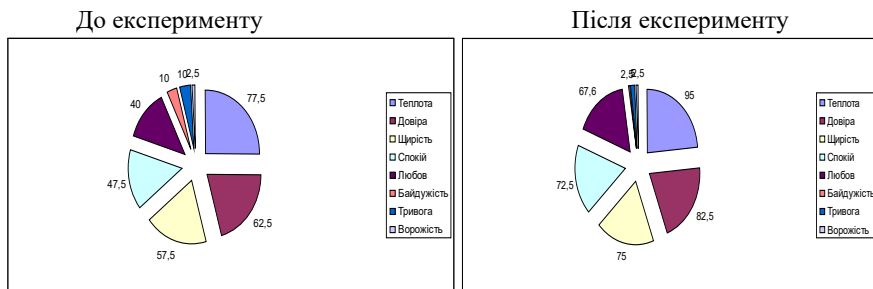
Таблиця 3.6.

Стосунки у родинах осіб з ПОРА

Родинні стосунки	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Теплота	77,5	95	75	80
Довіра	62,5	82,5	65	67,5
Щирість	57,5	75	55	62,5
Спокій	47,5	72,5	50	55
Любов	40	67,6	42,5	50
Байдужість	10	2,5	7,5	7,5
Тривога	10	5	10	12,5
Ворожість	2,5	2,5	2,5	2,5

Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ



КГ

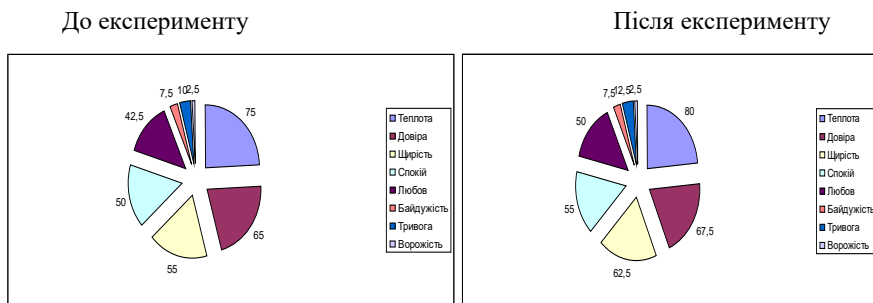


Рисунок 3.5. Стосунки у родинах осіб з ПОРА.

Створення у центрі реабілітації умов для формування дружніх стосунків

для осіб з ПОРА сприяло формуванню у них власної зони психологічного комфорту, яка проявляється в усвідомленому виборі друзів як значущих людей нарівні з членами родини та розумінні значення кожного члена родини для гармонійного життя.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.7 і на рисунку 3.6.

Таблиця 3.7.

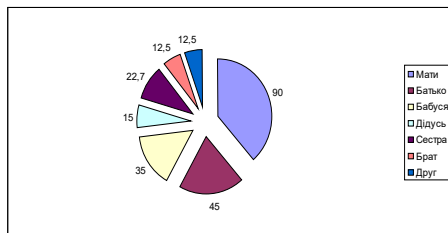
Значущі люди для осіб з ПОРА

Значущі люди	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Контрольна група
	%	%	%	%
Мати	90	92,5	87,5	87,5
Батько	45	47,5	45	47,5
Бабуся	35	45	37,5	40
Дідусь	15	15	12,5	12,5
Сестра	22,7	27,5	25	27,5
Брат	12,5	12,5	15	15
Друг	12,5	42,5	15	20

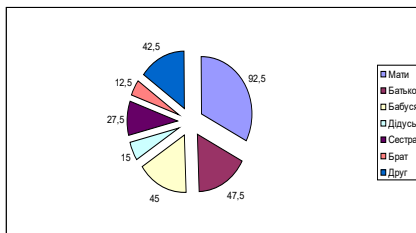
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту

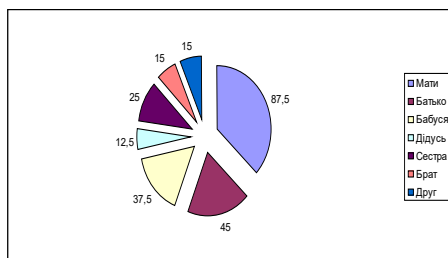


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

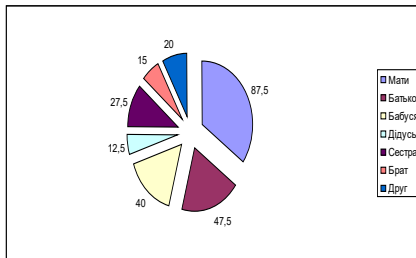


Рисунок 3.6. Значущі люди для осіб з ПОРА.

Під час експерименту на заняттях зі спецкурсу «Права людини» особи з

ПОРА навчалися розуміти своє місце та місце інших людей на суспільній арені. Отримані знання мали великий вплив на зміни у стосунках в їхніх родинах.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.8 і на рисунку 3.7.

Таблиця 3.8.

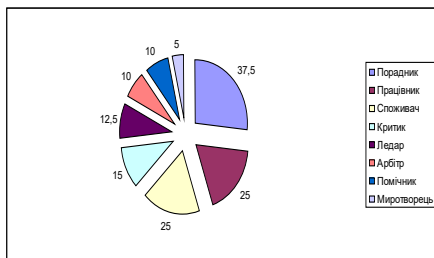
Роль у родині осіб з ПОРА

Роль у родині	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
		%	%	%
Порадник	37,5	45	35	37,5
Працівник	25	35	25	27,5
Споживач	25	15	25	12,5
Критик	15	10	15	10
Ледар	12,5	5	15	7,5
Арбітр	10	15	10	12,5
Помічник	10	27,5	12,5	17,5
Миротворець	5	7,5	7,5	10

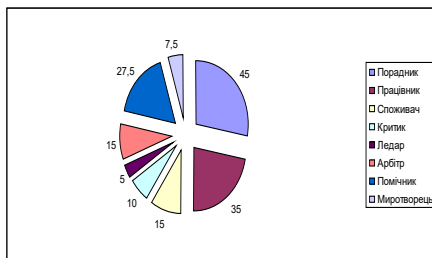
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту

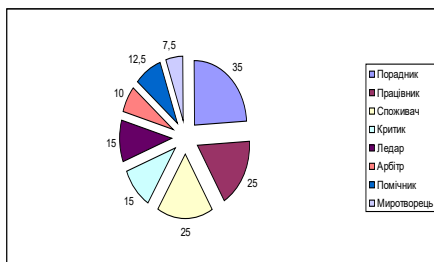


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

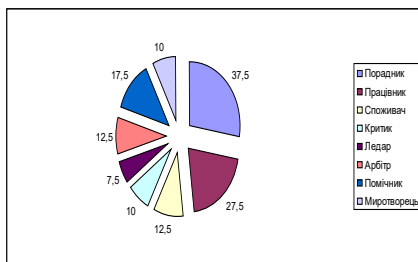


Рисунок 3.7. Роль у родині осіб з ПОРА.

Завдяки проведенню соціальної та психологічної роботи, спрямованої на формування навичок взаємодії чоловіка й жінки та навичок самостійного життя як у дорослих з проблемами опорно-рухового апарату, так і в їхнього найближчого оточення, змінилось ставлення до створення респондентами власної родини, відповідальності за народження та виховання власних дітей. Вони почали більш усвідомлено та з позиції власної відповідальності ставитися до планування подальшого самостійного життя.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.9 і на рисунку 3.8.

Таблиця 3.9.

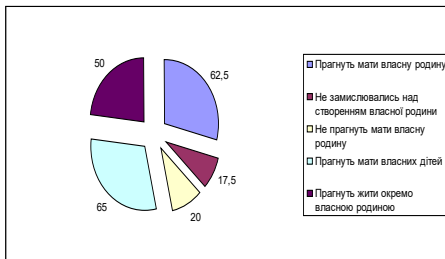
Позиція щодо власної родини та народження дітей

Позиція щодо власної родини та народження дітей	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Прагнуть мати власну родину	62,5	85	65	67,5
Не замислювались над створенням власної родини	17,5	5	15	7,5
Не прагнуть мати власну родину	20	10	20	25
Прагнуть мати власних дітей	65	77,5	65	67,5
Прагнуть жити окремо власною родиною	50	62,5	50	55

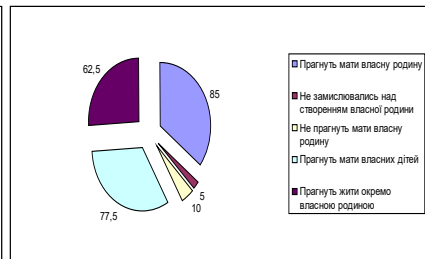
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту



Після експерименту



КГ

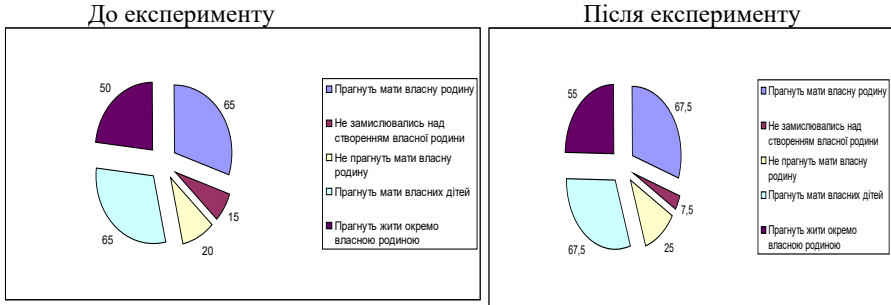


Рисунок 3.8. Позиція щодо власної родини та народження дітей.

Проведена соціальна та психологічна робота, спрямована на формування навичок взаємодії у соціумі осіб з ПОРА із здоровим оточенням, сприяла зміні фокусу щодо того, як однолітки ставляться до них та їхніх вад здоров'я, того, як вони можуть покращити відношення до себе з боку здорового оточення та будувати з ними партнерські стосунки.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.10 і на рисунку 3.9.

Таблиця 3.10.

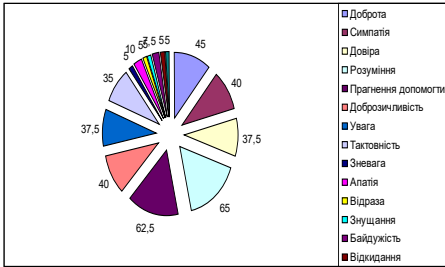
Взаємодія у соціумі осіб з ПОРА

Тип відношення	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Доброта	45	77,5	45	50
Симпатія	40	45	42,5	42,5
Довіра	37,5	55	40	42,5
Розуміння	65	77,5	67,6	72,5
Прагнення допомоги	62,5	77,5	60	65
Доброзичливість	40	57,5	37,5	42,5
Увага	37,5	47,5	40	42,5
Тактовність	35	47,5	37,5	40
Зневага	5	0	7,5	2,5
Апатія	10	2,5	12,5	5
Відраза	5	2,5	7,5	5
Знуцання	5	2,5	7,5	7,5
Байдужість	7,5	5	5	5
Відкидання	5	2,5	5	5
Страх	5	2,5	7,5	5

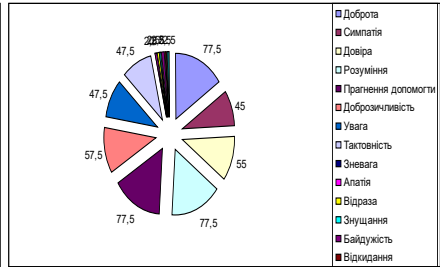
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту

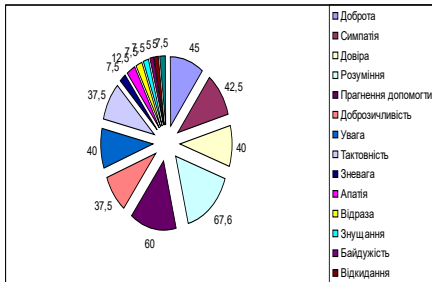


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

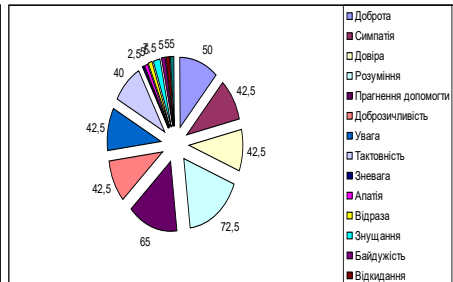


Рисунок 3.9. Взаємодія у соціумі осіб з ПОРА.

Досліджувалося також, як змінилась спрямованість осіб з ПОРА у суспільній сфері, рівень їхньої активності та локалізація сфер громадського життя. Завдячуючи роз'яснювальній роботі щодо громадської діяльності та забезпечення можливості брати безпосередню участь у діяльності громадських організацій, значно змінилась мотивація громадського життя осіб з ПОРА.

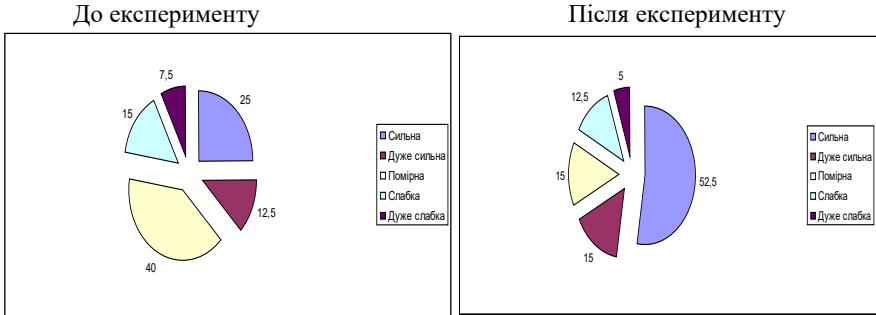
Результати дослідження представлені у таблиці 3.11 і на рисунку 3.10.

Таблиця 3.11.

Мотивація громадського життя осіб з ПОРА

Мотивація громадського життя	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Сильна	25	52,5	20	22,5
Дуже сильна	12,5	15	15	17,5
Помірна	40	15	42,5	37,5
Слабка	15	12,5	12,5	15
Дуже слабка	7,5	5	10	7,5

ЕГ



КГ

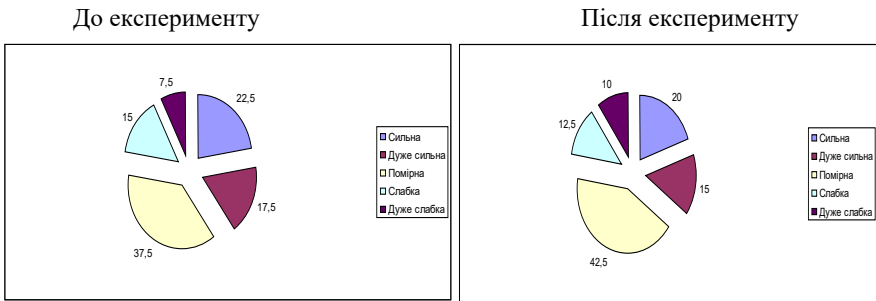


Рисунок 3.10. Мотивація громадського життя осіб з ПОРА.

Завдяки проведеному навчанню у процесі експерименту значно розширились горизонти можливостей суспільного визнання осіб з ПОРА.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.12 і на рисунку 3.11.

Таблиця 3.12.

Фактори отримання суспільного визнання особами з ПОРА

Завдяки чому можна отримати суспільне визнання	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Родині	37,5	30	40	42,5
Творчості	25	40	25	22,5
Духовності	12,5	7,5	15	12,5
Науці	10	10	7,5	10
Дружбі	15	12,5	12,5	12,5

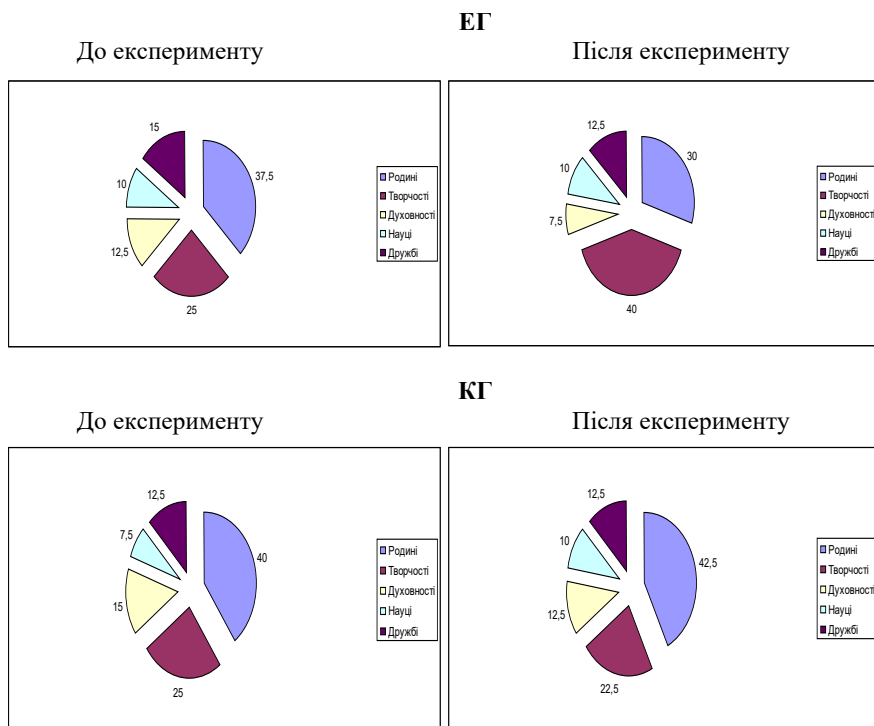


Рисунок 3.11. Фактори отримання суспільного визнання особами з ПОРА.

Завдяки тому, що під час проведення занять з спецкурсу «Права людини» велика увага приділялась розширенню уявлень осіб з ПОРА щодо локалізації громадського життя випускників центру, спостерігається позитивна динаміка у виборі локалізації сфери власного громадського життя осіб з ПОРА.

Нами досліджувалось, як змінилося ставлення до громадського життя. Результати дослідження представлені у таблиці 3.13 і на рисунку 3.12.

Таблиця 3.13.

Локалізація громадського життя

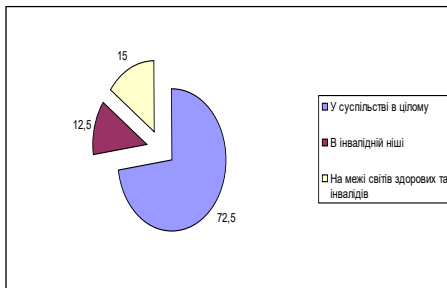
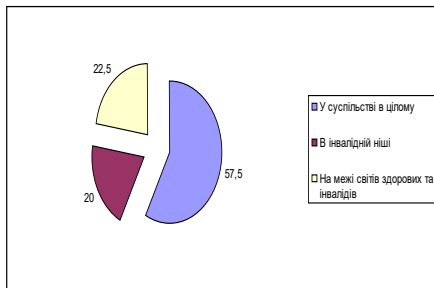
Локалізація громадського життя	EG		KG	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
У суспільстві в цілому	57,5	72,5	55	60

Продовження Таблиці 3.13.				
В інвалідній ніші	20	12,5	22,5	20
На межі світів здорових та осіб з інвалідністю	22,5	15	22,5	20

ЕГ

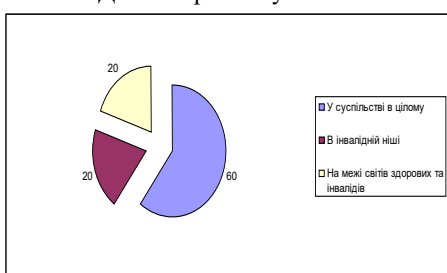
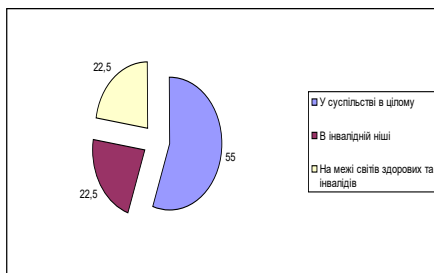
До експерименту

Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

Рисунок 3.12. Локалізація громадського життя.

Успіх соціалізації осіб з ПОРА значною мірою залежить від особистої мотивації щодо змін у власному житті. Фахівці центру соціальної реабілітації велику увагу в процесі експерименту приділяли формуванню активної позиції осіб з ПОРА щодо перспектив власного життя.

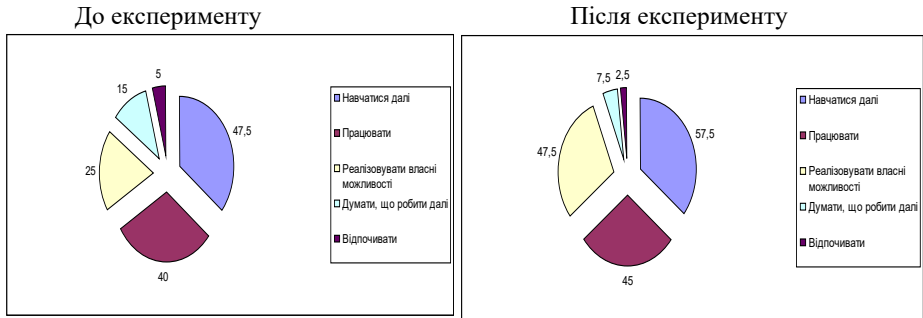
Результати дослідження представлені у таблиці 3.14 і на рисунку 3.13.

Таблиця 3.14.

Життєві плани осіб з ПОРА після завершення курсу соціальної реабілітації у Центрі

Що я буду робити після завершення курсу соціальної реабілітації у Центрі?	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Навчатися далі	47,5	57,5	45	50
Працювати	40	45	42,5	47,5
Реалізувати власні можливості	25	47,5	22,5	27,5
Думати, що робити далі	15	7,5	12,5	12,5
Відпочивати	5	2,5	5	7,5

ЕГ



КГ

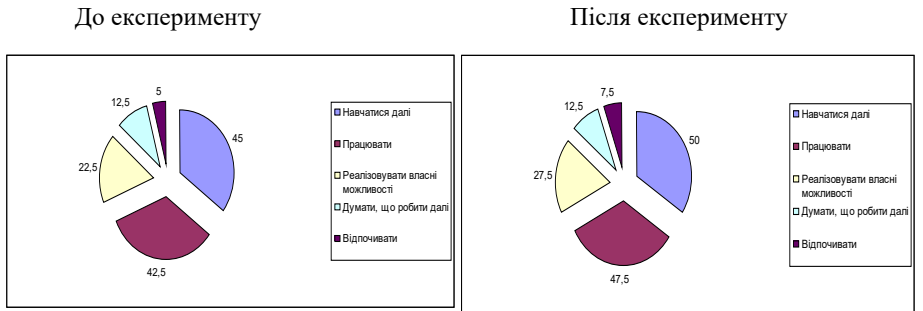


Рисунок 3.13. Життєві плани осіб з ПОРА після завершення курсу соціальної реабілітації у Центрі.

Отже, нагальним завданням реабілітаційних закладів залишається

систематична робота з підвищення рівня домагань осіб з ПОРА.

Уся діяльність фахівців центру з професійної орієнтації осіб з ПОРА спрямована на зростання їхньої мотивації та набуття необхідних навичок щодо подальшого навчання та працевлаштування. З цією метою проводились групові та індивідуальні заняття, зустрічі з успішними людьми та інші заходи.

Результати дослідження стосовно мотивів подальшого навчання представлені у таблиці 3.15 і на рисунку 3.14.

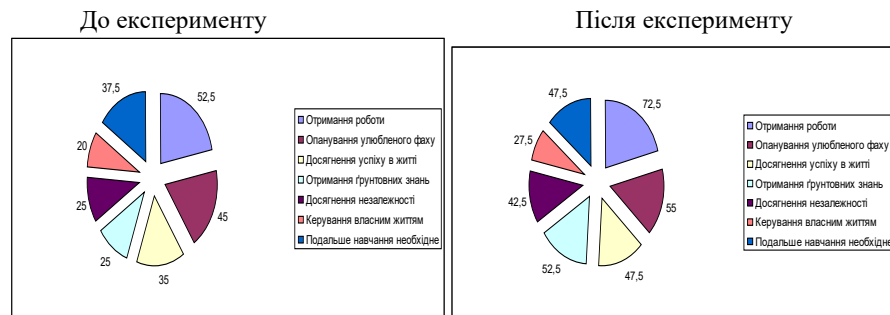
Таблиця 3.15.

Мотиви подальшого навчання осіб з ПОРА

Мотиви навчання	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
		%	%	%
Отримання роботи	52,5	72,5	55	60
Опанування улюбленого фаху	45	55	47,5	52,5
Досягнення успіху в житті	35	47,5	32,5	35
Отримання ґрунтовних знань	25	52,5	22,5	32,5
Досягнення незалежності	25	42,5	27,5	32,5
Керування власним життям	20	27,5	17,5	22,5
Подальше навчання необхідне	37,5	47,5	35	37,5

Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ



КГ

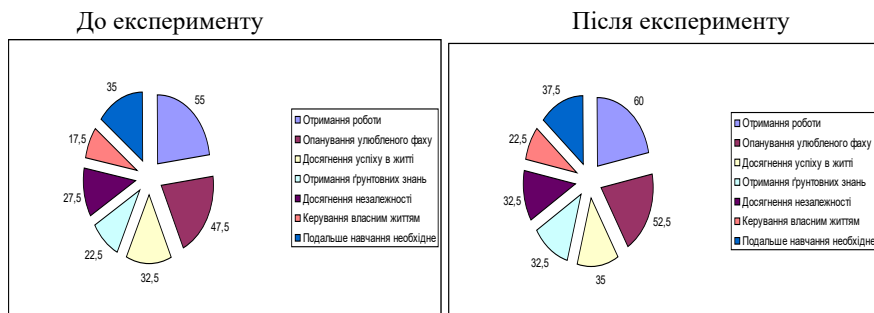


Рисунок 3.14. Мотиви подальшого навчання осіб з ПОРА.

Отже, навчання можна вважати провідним засобом покращення рівня соціалізації осіб з ПОРА, тому нагальним залишається створення в Україні дієвої системи інклюзивної освіти усіх рівнів і розвиток системи соціального супроводу в працевлаштуванні дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату.

Також досліджувалися мотиви отримання професійних навичок та працевлаштування (результати приведені у табл. 3.16 та на рисунку 3.15).

Таблиця 3.16.

Мотиви отримання роботи осіб з ПОРА

Мотиви отримання роботи	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Прагнення до праці	60	77,5	62,5	70
Наполегливість	37,5	52,5	37,5	42,5
Надія	32,5	42,5	32,5	35
Власні фізичні можливості	27,5	37,5	27,5	30
Практичні навички роботи	25	47,5	25	32,5
Наявність освіти	20	25	20	22,5

Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

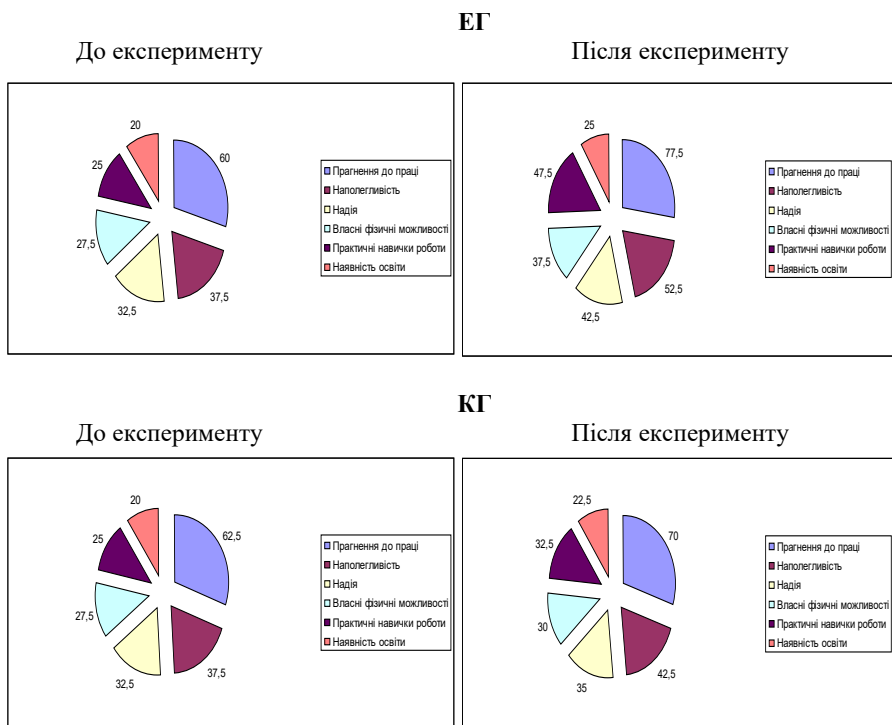


Рисунок 3.15. Мотиви отримання роботи осіб з ПОРА.

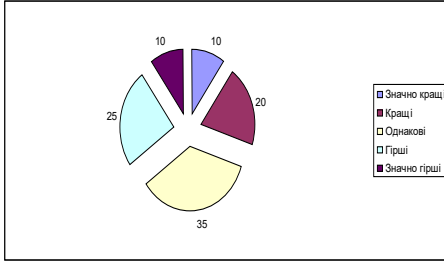
У нижченаведеній таблиці (табл. 3.17) та на рисунку (рис. 3.16) представлено, як змінилась оцінка своїх професійних якостей щодо здорових людей в осіб з ПОРА.

Таблиця 3.17.

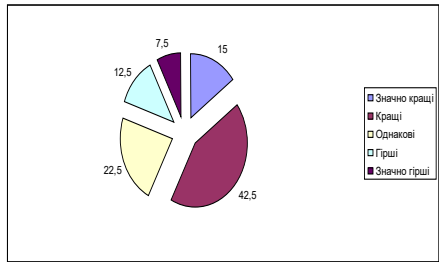
Оцінка	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Значно кращі	10	15	12,5	12,5
Кращі	20	42,5	25	32,5
Однакові	35	22,5	27,5	30
Гірші	25	12,5	22,5	15
Значно гірші	10	7,5	12,5	10

ЕГ

До експерименту

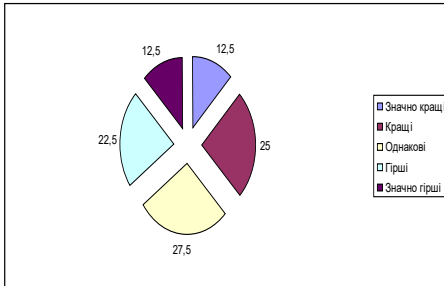


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

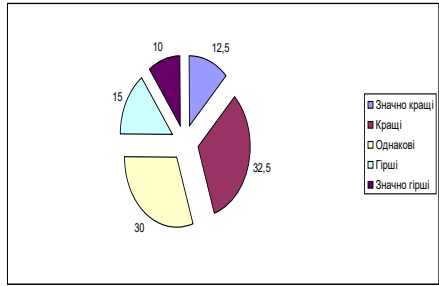


Рисунок 3.16. Оцінка професійних якостей.

Отже, усвідомлене розуміння значення роботи у житті осіб з ПОРА дозволяє їм долати усі труднощі на шляху працевлаштування.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.18 і на рисунку 3.17.

Таблиця 3.18

Значення роботи у житті осіб з ПОРА

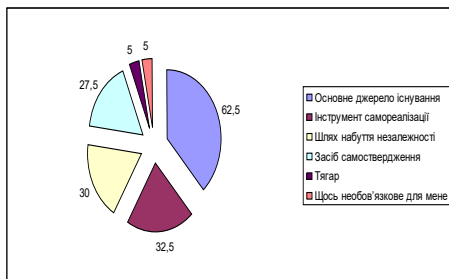
Значення роботи	ЕГ		КГ	
	До експерименту %	Після експерименту %	До експерименту %	Після експерименту %
Основне джерело існування	62,5	67,5	60	67,5
Інструмент самореалізації	32,5	57,5	30	37,5
Шлях набуття незалежності	30	52,5	27,5	35
Засіб самоствердження	27,5	45	30	32,5

Продовження Таблиці 3.18.				
Тягар	5	2,5	7,5	5
Щось необов'язкове для мене	5	2,5	5	5

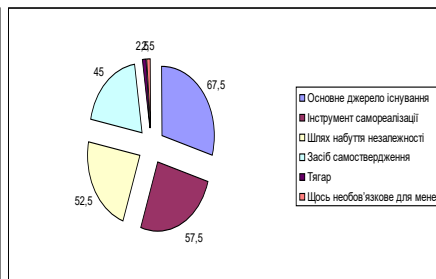
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту

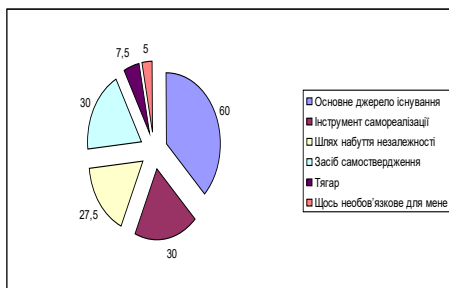


Після експерименту



КГ

До експерименту



Після експерименту

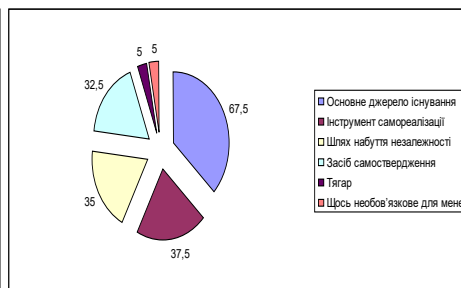


Рисунок 3.17. Значення роботи у житті осіб з ПОРА.

Цілоком можна стверджувати, що для більшості осіб з ПОРА робота є засобом досягнення омріяної мети.

У процесі проведення експерименту також велике місце було відведено формуванню в осіб з ПОРА навичок партнерської комунікації та співпраці з іншими людьми задля задоволення власних потреб.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.19 і на рисунку 3.18.

Таблиця 3.19.

Готовність осіб з ПОРА застосовувати способи пошуку майбутньої роботи

Кроки	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Скористатись чиеюсь допомогою	50	45	52,5	55
Навчатися професії на робочому місці	37,5	52,5	35	40
Звернутися до служби зайнятості	32,5	47,5	35	37,5
Шукати самостійно	30	55	30	32,5
Звернутися до представників органів влади	10	12,5	10	7,5
Конкурувати з іншими	10	7,5	10	12,5

Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

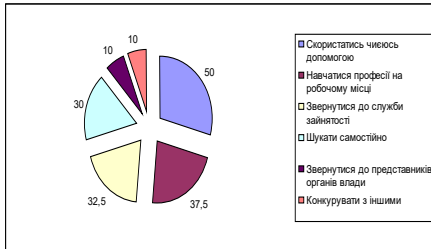
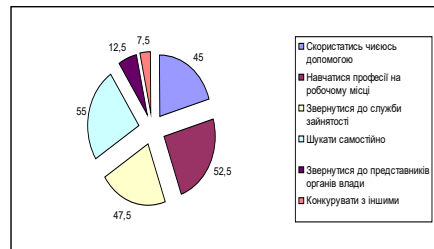
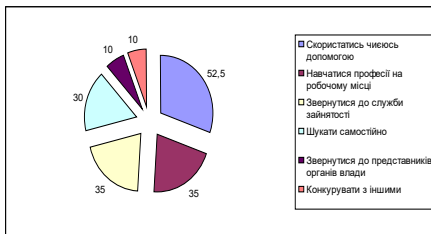
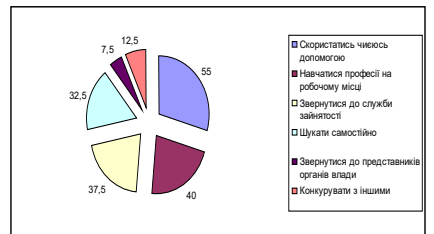
ЕГ**До експерименту****Після експерименту****КГ****До експерименту****Після експерименту**

Рисунок 3.18. Готовність осіб з ПОРА застосовувати способи пошуку майбутньої роботи.

На жаль, більшість варіантів дій наших респондентів задля отримання роботи є пасивними. Тому потрібно продовжувати готувати осіб з ПОРА до конкурентної боротьби на ринку праці шляхом тренінгів та психологічного консультування. Необхідно також оперативне інформування осіб з ПОРА щодо динаміки ринку праці тощо.

У часи комп'ютеризації особам з ПОРА значно легше реалізувати свої прагнення й можливості щодо навчання та працевлаштування за умови володіння комп'ютером. Тому важливим елементом соціальної реабілітації залишається навчання комп'ютерної грамотності дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату. У процесі проведення експерименту ця діяльність була включена у роботу фотогуртка. Аналіз результатів дослідження дозволяє нам стверджувати те, що був обраний правильний метод навчання комп'ютерної грамотності осіб з ПОРА.

Результати дослідження представлені у таблиці 3.20 і на рисунку 3.19.

Таблиця 3.20.

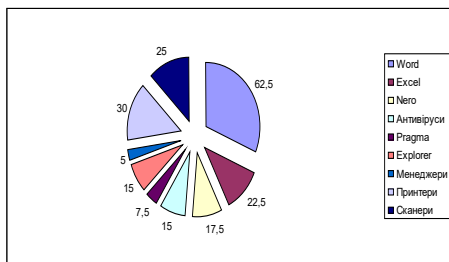
Якими програмами та пристроями володіють у роботі з комп'ютером особи з ПОРА

Програми та пристрої	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Word	62,5	80	65	62,5
Excel	22,5	37,5	20	22,5
Nero	17,5	32,5	15	17,5
Антивіруси	15	27,5	20	22,5
Pragma	7,5	15	5	10
Explorer	15	45	17,5	17,5
Менеджери	5	17,5	7,5	10
Принтери	30	35	32,5	32,5
Сканери	25	35	22,5	27,5

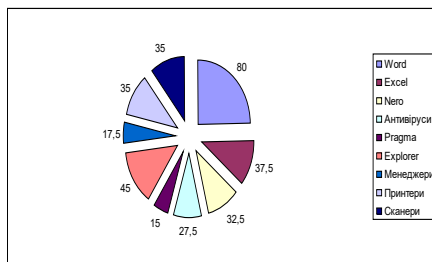
Сумарний результат перевищує 100%, оскільки респонденти робили декілька виборів

ЕГ

До експерименту



Після експерименту



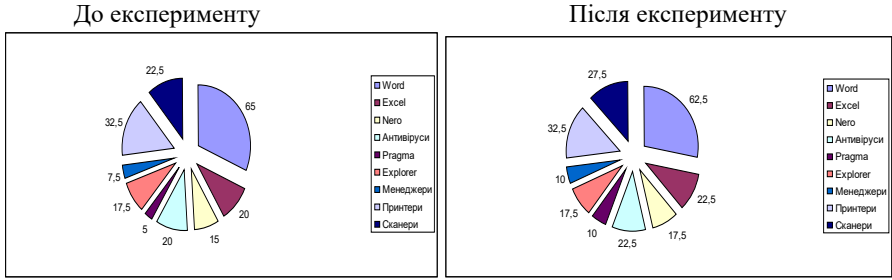


Рисунок 3.19. Якими програмами та пристроями володіють в роботі з комп’ютером особи з ПОРА.

У процесі соціальної реабілітації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату необхідно продовжувати покращувати опанування комп’ютерних програм та пристроїв.

Після проведення формувального експерименту відбулися значні зміни в соціальній поведінці осіб з ПОРА, які відображені у таблицях 3.21 та 3.22 і на рисунках 3.20 та 3.21 відповідно.

Таблиця 3.21.

Рівні соціалізації осіб з ПОРА за підсумками проведення формувального експерименту

Рівні соціалізації	Процентне співвідношення
Високий	30,45
Достатній	44,1
Низький	35,7
Вихідний	0

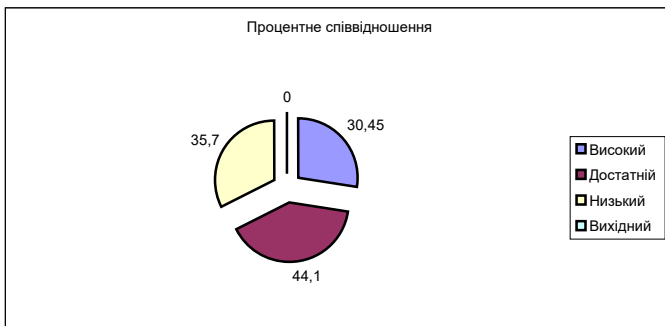
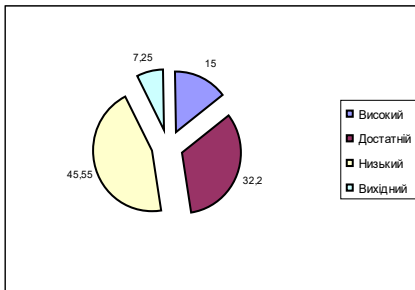
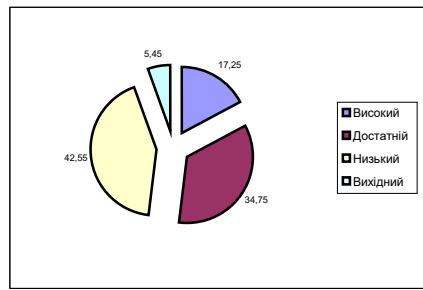


Рисунок 3.20. Рівні соціалізації осіб з ПОРА за підсумками проведення формувального експерименту.

Таблиця 3.22.

Рівні соціалізації осіб з ПОРА

Рівні соціалізації	ЕГ		КГ	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
	%	%	%	%
Високий рівень	11,55	30,45	15	17,25
Достатній рівень	38,85	44,1	32,2	34,75
Низький рівень	54,6	35,7	45,55	42,55
Вихідний рівень	5,25	0	7,25	5,45

До експерименту**Після експерименту****Рисунок 3.21. Рівні соціалізації осіб з ПОРА.**

Позитивні зміни в експериментальній групі були статистично достовірними ($p < 0,05$), що підтверджує ефективність формувального дослідження (t-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок).

Отже, завдяки проведенню формувального експерименту нами було виявлено зміни, які відбулися у рівнях соціалізації осіб з ПОРА. Наявні зміни свідчать про те, що соціалізація має позитивний вплив на підвищення рівня соціалізації осіб з ПОРА.

Висновки до третього розділу

Формування соціальних навичок в осіб з ПОРА в умовах реабілітаційних центрів є ефективним, якщо у цей процес включені усі працівники центрів, їхнє найближче оточення та широка громадськість.

Педагогічна доцільність керівництва процесом формування соціальних навичок осіб з ПОРА в умовах реабілітаційних центрів досягається корекційно спрямованим змістом і прийомами реалізації спеціальних умов. У формувальному експерименті доведено, що такими умовами є:

- систематичне та глибоке психолого-педагогічне вивчення кожної дитини та дорослого з ПОРА як на початку проведення курсу соціальної реабілітації, так і протягом усього терміну її здійснення;

- складання програми соціалізації осіб з ПОРА;
- включення та чітке дотримання індивідуального підходу в реалізації програми соціалізації осіб з ПОРА;
- урахування всіх компонентів соціалізації;
- опанування методами соціалізації осіб з ПОРА усіма педагогічними працівниками центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю;
- усвідомлення особами з ПОРА впливу власних психофізичних порушень на їхню життєдіяльність взагалі;
- єдність в діях і здійснення соціалізації осіб з ПОРА з боку фахівців центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, родини та громадськості;
- забезпечення можливості отримання необхідних послуг з соціальної реабілітації протягом усього життя.

Реалізація розроблених нами умов у процесі корекційно спрямованого спеціального навчання дозволила суттєво підвищити рівні оволодіння особами з ПОРА експериментальної групи соціальними навичками. Вагомим є не лише підвищення рівня самостійності, а й формування соціальних та особистісних стимулів в осіб з ПОРА; розвиток навиків самообслуговування, навиків незалежного життя; прагнення мати власну родину, здобути навички професії та активного громадського життя. Важливо, що відбулись суттєві зрушення в усвідомленні власних обмежень та використанні сильних сторін власного тіла та особистості. Досягненнями експериментального навчання можна вважати і підвищення рівня розвитку вмінь взаємодії осіб з ПОРА із однолітками та дорослими, зниження рівня соціальної напруги в родині осіб з ПОРА.

ВИСНОВКИ

Аналіз загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження засвідчив, що, незважаючи на надання вагомого значення набуття соціальних навичок у навчанні, професійній орієнтації та подальшому незалежному житті осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, питання формування соціальних навичок у дорослих з такими порушеннями спеціально не досліджувались.

Вивчення стану проблеми у практиці роботи реабілітаційних центрів засвідчило відсутність системи спеціального цілеспрямованого управління процесом формування соціальних вмінь та навичок в осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, внаслідок чого не враховуються особливості цієї категорії осіб з порушеннями опорно-рухового апарату і суттєво знижується корекційно-виховний вплив на їхній розвиток.

Результати констатувального експерименту дозволили виявити особливості соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату: відсутність самостійності, цілеспрямованості й послідовності дій; виразна схильність до опіки, емоційної взаємодії з дорослими; залежність ступеню сформованості соціальних навичок від ступеню порушення функцій опорно-рухового апарату, низький рівень оволодіння сучасними інформаційними технологіями, низька мотивація до навчання та подальшого працевлаштування, низька правова культура та культура міжособистісних стосунків, низька громадська активність. Виявлені особливості свідчать про необхідність урахування у корекційно-виховній роботі не лише ступеня порушень опорно-рухового апарату, а й психології дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, індивідуального підходу до них.

Теоретичний та практичний аналіз проблеми дослідження, результати констатувального експерименту дозволили нам розробити та апробувати у процесі формувального експерименту зміст та прийоми педагогічно доцільного й корекційно спрямованого управління процесом формування соціальних навичок в осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітаційних центрів. У процесі дослідження доведено, що такими умовами є: систематичне та глибинне психолого-педагогічне вивчення кожної дитини та дорослого з порушеннями опорно-рухового апарату як на початку проведення курсу соціальної реабілітації, так і протягом усього терміну її здійснення; складання програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату з урахуванням усіх компонентів соціалізації; включення та чітке дотримання індивідуального підходу в реалізації програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату; опанування методами соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату усіма педагогічними працівниками центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю; усвідомлення особами з порушеннями опорно-рухового апарату впливу власних психофізичних порушень на їхню життєдіяльність взагалі; єдність в діях і здійснення соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату з боку фахівців центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, родини та громадськості;

забезпечення можливості отримання необхідних послуг з соціальної реабілітації протягом усього життя.

Реалізація розроблених нами умов у процесі корекційно спрямованого спеціального навчання дозволила суттєво підвищити рівні оволодіння особами з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи соціальних навичок. Якщо до початку навчання високий рівень соціалізації був виявлений у 11,55% осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, то після формувального експерименту його було діагностовано на рівні 30,45% осіб; на достатньому рівні оволоділи соціальними навичками 44,1% осіб. Тобто у переконливої більшості осіб з експериментальної групи підвищився ступінь самостійності, було сформовано соціальні та особистісні стимули; сформовано навички роботи з сучасними інформаційними технологіями, бажання бути незалежними від дорослих; прагнення навчання та подальшого працевлаштування; прагнення створити власну родину, прагнення активної участі у громадському житті.

Отже, в результаті проведеного дослідження було розв'язано поставлені завдання й доведено ефективність запропонованої програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітаційних центрів.

Перспективи подальшого дослідження ми вбачаємо у розробці та впровадженні нових форм та методів соціальної реабілітації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітаційних центрів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акатов Л. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Москва : Владос, 2004. 124 с.
2. Акатов Л. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие. Москва : ВЛАДОС, 2003. 386 с.
3. Андреева Г. Социальная психология : учеб. пособие. Москва : Наука, 1988. 246 с.
4. Андрійчук О. Я. Фізична реабілітація в системі охорони здоров'я дітей зі статичними порушеннями опорно-рухового апарату. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2017. № 26. С. 34–45
5. Аугене Д. Речевое общение умственно отсталых детей дошкольного возраста и пути его активизации. *Дефектология*. 1987. № 4. С. 76–82.
6. Баенская Е. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. *Альманах ИКП*. № 4. 2001. С. 26–28
7. Бакк А. Забота и уход : Книга о людях с задержкой умственного развития. СПб : ИРАВ. 2001. 360 с.
8. Бастун Н. Діти й молодь із розумовою недостатністю в Україні та в світі. *Соціальна політика і соціальна робота*. 1994. № 2-3. С. 88–94.
9. Безпалько О. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навч. посібник Київ : ЦНЛ, 2003. 134 с.
10. Безпалько О. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми обмеженими функціональними можливостями : методичні рекомендації; за ред. А. Капської. Київ : НПУ імені М. Драгоманова, 2001. 260 с.
11. Б. Ван дер Стам. Допомога дитині при церебральному паралічі. Львів : Джерело, 2003. 304 с.
12. Блёммерс В. Побуждай, но не при нуждай. Запорожье : ИПК «Запорожье», 2003. 312 с.
13. Божович Л. Личность и её формирование в детском возрасте. Москва : Просвещение, 1968. 286 с.
14. Боскис Р. Глухие и слабослышащие дети. Москва : Изд. АПН РСФСР, 1963. 314 с.
15. Боскис Р. Учителю о детях с нарушениями слуха : кн. для учителя. Москва : Просвещение, 1988. 346 с.
16. Бочков П. Модель формування постуральних механізмів у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату засобами корекційного фізичного виховання / П. Бочков // *Наукові записки кафедри педагогіки*. № 1(44). 2019. С. 31–42.
17. Бурлачук Л. Психодиагностика личности. Киев : Здоровье, 1989. 168 с.
18. Бурменская Г. Возрастно-психологическое консультирование : проблемы психического развития детей. Москва : МГУ, 1990. 134 с.
19. Ваньс Ж. Бути людиною. Львів : Свічадо, 2000. 236 с.
20. Ваньс Ж. Прийняти дар убогих. Львів : Свічадо, 2002. 278 с.

21. Варга А. Структура и типы родительского отношения [Текст] : автореф. дис. на соиск. канд. пед. наук : 19.00.01. Москва, 1987. 25 с.
22. Варій М. Психологія особистості : навч. пос. Київ : Центр учбової літератури , 2008. 592 с.
23. Вейс Т. Как помочь ребенку? Москва : Московский центр вальдорфской педагогики, 1992. 168 с.
24. Випасняк І. П. Теоретико-методичні основи корекційно-профілактичних технологій фізичного виховання студентів з функціональними порушеннями опорно-рухового апарату. Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2018. Вип. 5. С. 50–57.
25. Власова Т. О детях с отклонениями в развитии. Москва : Просвещение, 1973. 288 с.
26. Власова Т., Пфанфенрод Д. Фонетическая ритмика. Москва : Просвещение, 1996. 218 с.
27. Восстановительное лечение детей с поражениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. под ред. И. Добрякова, Т. Щедриной. СПб : Издательский дом СПбМАПО, 2004. 318 с.
28. Всемирный день здоровья 2001 г. *Всемирная организация здравоохранения*, 2000. С. 14.
29. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : навчально-методичний посібник. Київ : ГЕРБ, 2007. 288 с.
30. Выготский Л. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Т 5. Москва : Педагогика, 1983. 274 с.
31. Выготский Л. Основы дефектологии. Т. 5. Москва : Педагогика, 1982. 368 с.
32. Выготский Л. Психология. Москва : ЭСМО-Пресс, 2000. 434 с.
33. Выпускник : метод. пособие по послешкольному обучению для умственноотсталых инвалидов / под ред. Р. Кравченко. К. : Джерела, 1999. 293 с.
34. Гавайская декларация II *Права человека и профессиональная ответственность врача : в документах международных организаций*. Киев, 1998. С. 81.
35. Гаврилушкина О. Развитие умственноотсталых дошкольников в процессе овладения изобразительной деятельностью О. Гаврилушкина. *Вопросы формирования речи аномальных детей дошкольного возраста*. Москва, 1982. С. 66–77.
36. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии в 2 т. Т.2. Киев : Сфера, 1999. 312 с.
37. Гладченко І. В. «Корекція розвитку» (Корекційна ритмика). *Програми з корекційно-розвиткової роботи для підготовчого, 1–4 класів*

- спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату*. 2016. С. 47–53.
38. Глоба О. Теорія і практика соціалізації осіб із порушеннями опорно-рухового апарату : веб-сайт. URL : <http://csnukr.in.ua/arh/2013/4682013/12/53.pdf> (дата звернення 12.10.2018).
 39. Голдберг Д. Психиатрия в медицинской практике. Киев : Сфера, 1999. 216 с.
 40. Грига І. Досвід волонтерської роботи та напрями її вдосконалення. Соціальна робота в Україні : перші кроки / за ред. В. Полтавця. Київ, 2000. 172 с.
 41. Грига І. Форми і методи соціальної роботи : посібник для слухачів 10-тижневих курсів підготовки соціальних працівників базового рівня. Національний центр розвитку навчання соціальної роботі в Україні. Київ, 1999. 218 с.
 42. Гройсман А., Росляков А. Теория и практика театрализованной и ролевой психокоррекции. Москва : Образование, 1993. 318 с.
 43. Гуткина Н. Психологическая готовность к школе. Москва : Образование, 1996. 388 с.
 44. Данієлс Е., Стаффорд К. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів. Львів : Надія, 2000. 346 с.
 45. Декларация о правах умственно отсталых лиц : Провозглашена резолюцией 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи ООН от 20.12.1971 г. *Права інвалідів в Україні : Зб. прав. док.* Київ : Сфера, 1998. С. 85.
 46. Дитячий церебральний параліч : комплекс соціально-реабілітаційних заходів та система їх використання. Під загал. ред. академ. І. Азарського. Вінниця – Хмельницький, 2008. 122 с.
 47. Дефектологічний : навч. посіб. За ред. В.Бондаря, В.Синьова. Київ : МП Леся, 2011. 528 с.
 48. Добряков І., Заширинська О. Психологія сім'ї та хвора дитина : учб. посіб.- хрестоматія. СПб : Речь, 2007. 400 с.
 49. Долгушкин А. Введение в социальную реабилитологию. Москва : Знание, 2000. 216 с.
 50. Дональдсон М. Мыслительная деятельность детей. Москва : Педагогика, 1985. 192 с.
 51. Донцов А. Проблемы групповой сплоченности. Москва : Знание, 1979. 304 с.
 52. Донцов А. Психология коллектива. Москва : Знание, 1984. 278 с.
 53. Досвід благодійного товариства «Джерела» : зб. док. за ред. Р. Кравченко. Київ : Сфера, 2000. 120 с.
 54. Ермаков І. Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. Київ, 1998. 268 с.
 55. Етика соціальної роботи : принципи і стандарти . *Соціальна політика і соціальна робота*. 1998. № 4. С. 73-74.

56. Європейська соціальна хартія : Офіційний переклад Українського офісу МОП. *European Treaty Series*. № 35. Турін, 12 жовтня 1961. С. 1-10.
57. Єдність навчання, виховання і корекційно-відновлювальної роботи в умовах спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для дітей з наслідками поліомієліту і церебральними паралічами : методичні рекомендації. Київ : РУМК, 1985. 268 с.
58. Журбин В. Понятие психологической защиты в концепциях З.Фрейда, К.Роджерса. *Вопросы психологии*. 1990. №4. С. 23-27.
59. Зайнятість молоді з функціональними обмеженнями. О. Яременко, К. Бондарчук, Н. Комарова та ін. Київ : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. 168 с.
60. Засенко В. Соціально-трудова адаптація випускників шкіл-інтернатів для глухих та слабочуючих. Київ : Знання, 2002. 252 с.
61. Захаров А. Детские неврозы. СПб : Ренекс, 1995. 268 с.
62. Захаров А. Неврозы у детей и подростков. Москва: Знание, 1988. 286 с.
63. Зверева І. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні : теорія і практика. Київ : Правда Ярослави́чів, 1998. 394 с.
64. Іванова І. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді : дис. На здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.05. / Київський ун-т ім. Т. Шевченка, 1998. 174 с.
65. Ілляшенко Т. Обухівська А. Як навчати дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Київ : Ніка-Центр, 2003. 214 с.
66. Ілляшенко Т. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі. Київ : Знання, 2003. 118 с.
67. Ілляшенко Т. Чому їм важко вчитися? Діагностика і корекція труднощів у навчанні молодших школярів. Київ : Початкова школа, 2003. 226 с.
68. Інвалід і суспільство : проблеми інтеграції : зб. теор. та метод. матеріалів для працівників соц. служб для молоді. Вип.1. – К. : А.Л.Д., 1995. 94 с.
69. Інструкція по встановленню груп інвалідності, затверджена наказом Міністра охорони здоров'я України від 20.12.93 : веб-сайт. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0516-04> (дата звернення 13.04.2018).
70. Інструкція по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами. Киев : Сфера, 1997. 26 с.
71. Ипполитова М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Москва : Просвещение, 1980. 242 с.
72. Калижнюк Э. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев : Знання, 1987. 278 с.
73. Катаева А. Особенности развития и воспитания детей дошкольного возраста с недостатками слуха и интеллекта / под ред. Л. Носковой. Москва, 1984. 218 с.

74. Катаева А., Стребелева Е. Дошкольная олигофренопедагогика. Москва : Гуманит. изд центр ВЛАДОС, 2001. 208 с.
75. Клюева Н., Касаткина Ю. Учим детей общению: популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль : Академия развития, 1996. 268 с.
76. Ковалев А. Формирование теории действия Толкотта Парсонса. *История теоретической социологии. В 4-х тт. Т.3.* М. : Канон, 1997. 178 с.
77. Коваль Л. Соціальна педагогіка. Соціальна робота : навч. посіб. Київ : ІЗМН, 1997. 392 с.
78. Козьяккіна О., Гордієвич Н. Корекція мовно-рухових порушень при дитячих церебральних паралічах. *Дефектологія.* 2005. № 1. С. 34–39.
79. Конвенція про права дитини. *Права людини в Україні : Інформаційно-аналітичний бюлетень Українсько-Американського Бюро захисту прав людини.* вип. 18. Київ, 1996-1997. – С. 9.
80. Конвенція про права інвалідів : Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 61 / 106, прийнята на 61 сесії ГА ООН . К. : ТОВ «Гранд- Прес», 2007. 39 с.
81. Конституція України : офіц. видання. Київ : Преса України, 1997. С.20.
82. Копытин А. Основы арт-терапии. СПб. : Речь, 1999. 176 с.
83. Кон И. Социализация. Философский словарь. Москва : Знание, 1970. С. 367.
84. Концепція створення в межах м. Києва комплексної системи соціальної реабілітації розумово відсталих інвалідів. : досвід Благодійного Товариства «Джерела» : зб. док. За ред. Р.Кравченко. Київ : Сфера, 2000. С. 8–14.
85. Корсунская Б. Воспитание глухого дошкольника в семье. Москва : Педагогика, 1970. 312 с.
86. Костюк Г. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Київ : Рад. школа, 1989. 284 с.
87. Корекційна робота в спеціальних школах для дітей з наслідками поліомієліту та церебральними паралічами : методичні рекомендації. Київ : Рад. школа, 1978. 346 с.
88. Корекція мовно-рухових порушень при дитячих церебральних паралічах. *Дефектологія.* 2005. № 1. С. 34–38.
89. Костюк Г. Вікова психологія : навч.посіб. Київ : Вища школа, 1976. 328 с.
90. Костюк С. Мистецтво як засіб психотерапії дітей та молоді з особливими потребами. Луганськ : ЛОЦ ССМ, 2001. 312 с.
91. Кравченко Р., Бастун Н., Майорова Н. Гуртом проти бід. Київ : ВПОЛ, 2001. 128 с.
92. Кравченко Р. Соціальна робота з розумово відсталими людьми : навч. посібник. Київ : Знання, 2001. 140 с.
93. Кузнецов В., Чернявський В. Психіатрія. Київ : Здоров'я, 1993. 218 с.

94. Кулеша Е. Освоение предметных действий умственно отсталыми детьми. *Дефектология*. 1989. № 3. С. 65–68.
95. Купрєєва О. Особливості «Я-концепції» дорослих інвалідів з ампутаційними дефектами кінцівок : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук. 10.02.01 : Київ, 2000. 17 с.
96. Лапошина Э. Особенности ознакомления умственно отсталых дошкольников и некоторыми предметами ближайшего окружения *Дефектология*. 1991. №6. С. 72–77.
97. Леонгард Э. Формирование устной речи и развитие слухового восприятия у глухих дошкольников. Москва : Просвещение, 1971. 334 с.
98. Лиссабонская декларация (Права пациента). *Права человека и профессиональная ответственность врача : в документах международных организаций*. Киев : Сфера, 1998. С. 22.
99. Литвинович В. Социум и дети. Минск : БФ, 1996. 316 с.
100. Литовченко С. Науково-методичні засади навчання осіб з порушеннями слуху у вищих навчальних закладах : монографія. Київ : ЛІТО, 2007. 268 с.
101. Лихачев Б. Педагогика : курс лекций. Москва : Знание, 1993. 352 с.
102. Лозн М. Мнение Климента : За пределами ухода в сообществе. Под ред. Ш. Рамон. Амстердам. – Киев : Знання, 1996. 196 с.
103. Лянной Ю. Реабілітація школярів із травмами хребта засобами фізичної культури та спорту. *Дефектологія*. 1997. № 4. С. 46–52.
104. Макаренко А. Книга для батьків. Київ : Рад. школа, 1978. 328 с.
105. Мاستюкова Е. Диагностика нарушений речевого развития у детей с церебральным параличом и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде. Москва. Просвещение, 1973. 218 с.
106. Мастюкова Е. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Москва : Просвещение, 1991. 304 с.
107. Мастюкова Е., Ипполитова М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. Москва : Знание, 1985. 314 с.
108. Мастюкова Е. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособ. для вузов. Москва : Владос, 2004. 408 с.
109. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Киев : Факт, 1999. 240 с.
110. Методика складання індивідуальної програми медичної реабілітації інвалідів, управління процесом її реалізації та контролю : навч.-метод. посіб. Упоряд. А. Іпатов, О. Сергієні, В. Маруніч та ін. Дніпропетровськ : Пороги, 2003. 128 с.
111. Методичні рекомендації до вивчення особливостей інтелектуального дефекту у дітей з церебральним паралічем. Київ : Рад. школа, 1966. 256 с.
112. Міщик Л. Соціальна педагогіка : посіб. Запоріжжя : ЗДУ, 1999. 286 с.

113. Минович І. Соціальна робота [Текст] / І. Минович. Ужгород : УДУ, 1999. 316 с.
114. Минович І. Соціальна робота як наука, навчальна дисципліна і професія. *Науковий вісник УжНУ*. 1998. № 1. С. 81–88.
115. Минович І. Соціальна робота. Ужгород : Поличка Карпатського краю, 1997. 268 с.
116. Мойсеюк Н. Педагогіка : навч. пос. К. : Знання, 2007. 656 с.
117. Морозова Н. О нравственном воспитании детей в специальных дошкольных учреждениях : Воспитание аномальных детей в дошкольных учреждениях. Москва : Просвещение, 1978. 214 с.
118. Москаленко В. Соціальна психологія: підручник. 2 вид., випр. та доп. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 688 с.
119. Москаленко В. Социализация личности. Киев : Вища школа, 1986. 378 с.
120. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів і перспектива та пріоритети. *Соціальний захист*. 2002. №11. С. 12–24.
121. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. Київ : Знання, 1999. 218 с.
122. Немов Р. Психология : в 3 кн. Кн. 1. Общие основы психологи. Москва : Просвещение, 1995. 234 с.
123. Новиков В. Социальная психология : феномен и наука. Ярославль : Скорпион, 1998. 224 с.
124. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. СПб : Питер, 2002. 640 с.
125. Обухова Л. Возрастная психология. Москва : Высшая школа, 1996. 412 с.
126. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира : хрестоматія / сост. Л.Шипицына. СПб. : Лань, 1997. 256 с.
127. Обухівська А. Діагностика інтелектуальних порушень у дошкільників – основи розробки стандартів корекційно-превентивної освіти. *Дефектологія*. 2001. № 1. С. 7–9.
128. Организация коррекционно-восстановительной работы в спецшколе-интернате для детей с церебральным параличом и нарушениями опорно-двигательного аппарата : метод. рекомендации. Киев : РУМК, 1992. 214 с.
129. Осипенко Т. Психоневрологическое развитие дошкольников. Москва : Медицина, 1996. 288 с.
130. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навч.-метод. посіб. / за ред. В. Мартинюка, С. Зінченко. Київ : Інтермед, 2005. 416 с.
131. Основы андрагогики / И. Колесникова, А. Марон, Е. Тонконогая. М. : Академия, 2003. 240 с.
132. Офіційний сайт ООН : веб-сайт. URL : <https://www.un.org/ru/> (дата звернення 13.04.2019).
133. Пальчевський С. Соціальна педагогіка: навч. посіб. Київ : Кондор, 2005. 560 с.

134. Педагогічний словник / за ред. М. Ярмаченка. Київ : Педагогічна думка, 2001. 516 с.
135. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи. Київ : Педагогічна думка, 2000. 216 с.
136. Петровский А. Введение в психологию. Москва : Знание, 1995. 328 с.
137. Підтримувальне проживання людей з інтелектуальною недостатністю. Уклад. Н. Майорова. Суми : Університетська книга, 2009. 138 с.
138. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков. Воронеж : Вега, 1996. 328 с.
139. Положення про медико-соціальну експертизу, затверджене Постановою Кабінету Міністрів від 22.02.92 за № 083. : веб-сайт. URL : <http://lit.govuadocs.com.ua/docs/2834/index-107047.html> (дата звернення 13.01.2019).
140. Положення про спеціально-освітню школу інтернат (школу, клас) України для дітей з порушеннями фізичного або розумового розвитку. *Зб. законод. і норм. актів про освіту. Упор. К. Жолковський, С. Лисенко.* Київ : ВІПОЛ, 1994. С. 14.
141. Програма формування педагогічної культури батьків / В. Постовий, О. Хромова, Т. Алексеєнко та ін. Київ : ДЦССМ, 2003. 108 с.
142. Про внесення змін до деяких законів України щодо доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг. Закон України від 06.09.2018 № 2541-VIII:веб-сайт.URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2541-19>. (дата звернення 18.09.2018).
143. Про затвердження Положення про первинне та складне протезування та ортезування осіб з вадами опорно-рухового апарату / Наказ від 27.03.2019 № 444 діє з 17.05.2019 : веб-сайт. URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33400.html (дата звернення 22.05.2019).
144. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV : веб-сайт. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/ed20140810> (дата звернення 13.09.2018).
145. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами : доповідь. *Міністерство праці та соціальної політики України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України та ін.* Київ, 2002. 38 с.
146. Профілактика і корекція порушень постави і ступень у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку : метод. рекомендації. Київ : Знання, 1997. 218 с.
147. Психологический словарь. Под ред. В. Давидова, А. Запорожца, Б. Ломова и др. Москва : Знание, 1983. 568 с.
148. Рамон Ш. Соціальна робота в Україні : перші кроки. Київ, 2000. 210 с.

149. Рахманов В. Медико-социальные аспекты воспитания и обучения детей с нарушениями слуха. Харьков : Основа, 1990. 158 с.
150. Рибалко Б. Становление личности. *Социальная психология личности*. 1974. № 3. С. 34–32.
151. Робер М., Тильман Ф. Понятие и классификация групп в социальной психологии : хрестоматия по социальной психологии. Москва : Просвещение, 1994. 218 с.
152. Романенко О. Формування когнітивного компонента Я-образу в підлітків із церебральним паралічем. *Дефектологія*. 2002. № 4. С. 24–32.
153. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей : практичне керівництво для фахівців. Львів : Кредо, 2007. 236 с.
154. Романчук О. Дорога любові : дитина з особливими потребами в родині. Львів : Свічадо, 2001. 278 с.
155. Романчук О. Несправна дитина в сім'ї та суспільстві. Львів : Кредо, 2008. 208 с.
156. Рудестам К. История психологии групп. Преимущества групповой формы. Понятие психокоррекционной формы : хрестоматия по соц. психологии. Москва : Просвещение, 1994. 246 с.
157. Савченко С. Науково-теоретичні засади соціалізації студентської молоді в позанавчальній діяльності в умовах регіонального освітнього простору : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. пед. наук. Луганськ, 2004. 25 с.
158. Саранча І. Г. Актуальні проблеми соціалізації випускників реабілітаційних центрів. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. наукових праць. Матеріали Міжнародної наукової конференції «Тенденції розвитку корекційної педагогіки в Україні»* Київ : НПП імені М. П. Драгоманова, 2008. № 11. С. 47–55.
159. Саранча І. Г. Моделі інвалідності у соціальній реабілітації дітей та дорослих з порушенням опорно-рухового апарату. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка (педагогічні науки)*. / Видавництво Державного закладу «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», 2010. С. 77–84.
160. Саранча І. Г. Психологічні бар'єри соціалізації дітей та дорослих з порушенням опорно-рухового апарату. *Збірник наукових праць*. Херсон : ПП В.С. Вишемирський, 2010. С. 98–106.
161. Саранча І. Г. Психологічні особливості навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. *Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у XXI ст.: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 25–26 січня 2019 року)*. Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2019. Ч. 1. 116 с.
162. Саранча І. Г. Роль соціальної реабілітації дітей та молоді з вадами психофізичного розвитку в їхній соціалізації та інтеграції в

- суспільство. *Матеріали I наукової конференції молодих вчених з міжнародною участю. Збірник наукових статей.* Вінниця : ФОП Горбачук І.П., 2010. С. 187–193.
163. Саранча І. Г. Роль центрів соціальної реабілітації у процесі соціалізації осіб з вадами опорно-рухового апарату. *Вісник Кам'янець-Подільського державного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка та психологія / за ред. О.В. Гаврілова, В.І. Співака.* Вип.3. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори, 2006, 2011. С. 166–174.
164. Саранча І. Г., Синчук Н.В. Особливості розвитку пізнавальної сфери дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип.10 / за ред. В.М. Синьова, О.В.Гаврилова.* Кам'янець-Подільський : ПП Медобори. 2017. С. 72–78.
165. Саранча І. Г. Соціально-реабілітаційна діяльність як шлях соціалізації дітей та молоді з вадами психофізичного розвитку. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна. Випуск XI* : Аксіома, 2009. Кам'янець-Подільський : 2008. С. 105–108.
166. Саранча І. Г. Сутність процесу соціалізації в різних наукових галузях. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна. Випуск XII:* Аксіома, 2009. Кам'янець-Подільський, 2009. С. 32–39.
167. Саранча І. Г. Теоретичний аналіз моделей інвалідності та їх вплив на процес соціалізації дітей та молоді з психофізичними вадами розвитку. *Матеріали наукового конгресу «IV Міжнародні Пироговські читання», присвяченого 200-річчю М.І. Пирогова, V з'їзду анатомів, гістологів, ембріологів і топографоанатомів України.* Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2010. С. 221–228.
168. Саранча І. Г. Формування правової обізнаності випускників реабілітаційних центрів з опорно-рухового апарату. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. наукових праць.* Київ : НПП імені М. П. Драгоманова, 2012. № 21. С. 198–204.
169. Саранча І. Г. Центри соціальної реабілітації у системі інклюзивної освіти дітей з особливими освітніми проблемами. *Матеріали всеукраїнської наукової конференції молодих вчених та студентів м. Умань, 16 квітня 2014р.* / ред. кол. О.В. Чепка, Н.А. П'ясецька, І.А. Малишевська та ін. Умань : Алмі, 2014. С. 62–68.
170. Седов Л. Парсонс, Толкотт. Современная западная социология : словарь. Москва : Политиздат, 1990. 260 с.
171. Семейная педагогика : пособие. 2 изд., перераб. и доп. Москва : Политиздат, 1985. 238 с.
172. Сидоров В. Вступ в соціальну роботу. Донецьк : ДГУ, 1999. 226 с.
173. Сидоров В. Соціальна робота в Україні: перші кроки. Київ, 2000. 284 с.

174. Синьова Е. Исследования взаимоотношений слепых в производственных и школьных коллективах : дисс. соискание науч. степени канд. психологических наук. Москва : Просвещение, 1981. 224 с.
175. Скворода Г. Соч. в 2-х т. Т.2. М. : Просвещение, 1975. 486 с.
176. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / за ред. А. Капської, І. Пінчук, С. Толстоухової. Київ : Думка, 2000. 230 с.
177. Смяззер Я. Дж. Социология. *Соц. исследования*. 1991. № 5. С. 114–115.
178. Соціальна адаптація дітей та молоді з порушеннями розвитку : звіт про НДР. *Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Державний центр соціальних служб для молоді*. Київ : Наукова думка, 2002. 246 с.
179. Соціальна педагогіка : навч. посіб. За ред. А. Капської. Київ : ІЗМН, 1999. 314 с.
180. Соціальна педагогіка : підручник. За ред. А. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 468 с.
181. Социальная психология : учеб. пособ / под ред. А. Петровского. Москва : МГУ, 1987. 282 с.
182. Соціальна реабілітація дітей та молоді з особливими потребами : інформ.-метод. зб. Одеса : ООЦССМ, 2001. 288 с.
183. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / за ред. С. Толстоухової, І. Пінчук. Київ : УДЦССМ, 2000. 236 с.
184. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І. Зверева, О. Безпалько, С. Харченко та ін. Київ : Наук. світ, 2003. 234 с.
185. Соціальна робота в Україні : перші кроки / за ред. В. Полтавця. Київ : Academia, 2000. 258 с.
186. Социальная работа с инвалидами : настольная книга для родителей / под ред. Е. Холостовой. Москва: Институт социальной работы, 1998. 233 с.
187. Соціально-економічне становище інвалідів. *Україна. Людський розвиток. Звіт ООН за 1999 р.* С. 82–86.
188. Соціологія : навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц. А. Брегада, А. Бовтрук, Г. Дворецька та ін. Київ : КНЕУ, 1999. 124 с.
189. Стадненко Н. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників. К. : КНЕУ, 1998. 236 с.
190. Стадненко Н. Роль диференціальної діагностики розумового розвитку дітей під час розробки стандартів освіти. *Дефектологія*. 2001. № 1. С. 5–16.
191. Стандартні правила щодо урівняння можливостей інвалідів : прийняті Генеральною Асамблеєю ООН на 48 сесії 20.12.1993 р. *Резолюція 48 / 96*. Львів : Надія, 1998. С. 3–48.
192. Столяренко Л. Основы психологи. Ростов-на-Дону : Альтаир, 1996. 314 с.
193. Сухомлинський В. Батьківська педагогіка. Київ : Рад. шк., 1978. 264 с.

194. Сухомлинський В. Вибрані твори в 5 т. Т. 1. Проблеми виховання всебічно розвиненої особистості. К. : Рад. шк., 1976. 654 с.
195. Сухомлинський В. Вибрані твори в 5 т. Т. 2. Як виховати справжню людину. Київ : Рад. шк., 1976. 670 с.
196. Технології соціально-педагогічної роботи : навч. посібник / за ред. А. Капської. Київ : Думка, 2000. 308 с.
197. Технологии социальной работы : учебник / под ред. Е. Холостовой. Москва : ИНФРА, 2001. 400 с.
198. Титаренко Т. Повсякденна психологічна травматизація : психологічна допомога та самопомога. Т. Титаренко. *Життєві кризи особистості*. Київ, 1998. С. 160–185.
199. Титаренко Т. Психологічні можливості самореабілітації у складній життєвій ситуації. Т. Титаренко. *Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. Ч. 1*. Київ, 1998. С. 142–149.
200. Ткачова В. Психокорекційна робота з матерями, що виховують дітей з відхиленнями у розвитку : практикум по формуванню адекватних відносин. Москва : Гном-Прес, 1999. 64 с.
201. Трубавіна І. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім'єю: навч. посібник. Київ : ДЦССМ, 2002. 132 с.
202. Україна. Закон. Про загальну середню школу. *Голос України*, 1999. 16 травня. С. 28.
203. Україна. Закон. Про реабілітацію інвалідів в Україні. Київ : Грант-Про, 2007. 28 с.
204. Україна. Закон. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні. Київ : Грант-Про, 2007. 28 с.
205. Україна. Кодекси. Цивільний кодекс України. *Кодекси України : в 3 кн. 2-е вид. Ст. 16*. Київ : Укрінком Інтер, 1999. С. 140.
206. Україна. Кодекси. Цивільний кодекс України. *Кодекси України : в 3 кн. 2-е вид. Ст. 448*. Київ : Укрінком Інтер, 1999. С. 215.
207. Україна. Кодекси. Цивільно-процесуальний кодекс України. *Кодекси України : в 3 кн. 2-е вид. Ст. 259*. Київ : Укрінком Інтер, 1999. С. 324.
208. Уорд А. Новый взгляд. Тарту : Изд-во Тартус. ун-та, 1995. 216 с.
209. Уманский Л. Психология организаторской деятельности школьников. Мосува : МГУ, 1980. 268 с.
210. Филинчук Г. Знаете ли вы своего ребенка. Москва : Прогресс, 1978. 206 с.
211. Фогель К. На пороге взрослой жизни : психологическая работа с подростковыми и юношескими проблемами; личность, способности и сильные стороны; Отношение к телу. Москва : Генезис, 2008. 216 с.
212. Фогель К. На пороге взрослой жизни : психологическая работа с подростковыми и юношескими проблемами; отделение от семи, любовь и дружба, сексуальность. Москва : Генезис, 2008. 176 с.
213. Формування соціально-комунікативних умінь і навичок школярів із церебральним паралічем. *Дефектологія*. 2005. № 1. С. 34–42.
214. Фромм А. Азбука для родителей. Ленинград : Лениздат, 1991. 318 с.

215. Хансен К. Освіта та культура демократії. Львів : Галицька видавнича спілка, 2001. 256 с.
216. Холостова Е. Социальная реабилитация : учебн. пособие. Москва : Дашков и Ко, 2006. 340 с.
217. Хьелл Л. Теория личности. СПб : Питер, 1999. 488 с.
218. Чарнов Д. Як досягти змін : посібник для батьків з обстоювання інтересів і громадської діяльності. Львів : Галицька видавнича спілка, 2002. 218 с.
219. Чеботарьова О., Гладченко І. Багатоаспектність корекційно-розвивальної роботи в освітніх закладах для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Особлива дитина: навчання і виховання. 2017. № 1. С. 21–30.
220. Чеботарьова О. В. Корекційно-реабілітаційний супровід молодших школярів із порушеннями опорно-рухового апарату. *Особлива дитина: навчання та виховання*. 2013. № 3. С. 16–21.
221. Чеботарьова О. Організація індивідуального навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. *Дефектологія*. 2003. № 4. С. 23–28.
222. Чернышев А. Исследование группы как субъекта деятельности и субъекта общения в работах Л.И.Уманского и его учеников. *Социально-психологические аспекты оптимизации жизнедеятельности молодежных групп в изменяющихся социально-экономических условиях: сб. науч. трудов*. Курск, Дубрава, 2000. 286 с.
223. Чистякова М. Психогимнастика. Москва : Просвещение, 1990. 266 с.
224. Шевцов А. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з порушеннями здоров'я : монографія. Київ : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 240 с.
225. Шевцов А. Освітні основи реабілітації : монографія. Київ : МП Леся, 2009. 484 с.
226. Шевцов А. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з порушеннями здоров'я : монографія. Київ : Соцінформ, 2004. 200 с.
227. Шипицына Л. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. СПб: Речь, 2005. 478 с.
228. Шипицына Л. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. 368 с.
229. Шпек О. Люди с умственной отсталостью : Обучение и воспитание / пер. с нем. А. Голубева. Москва : Академия, 2003. 432 с.
230. Щербакова К., Петрович Ж. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва : навч. посібник. Київ : ДЦСМ – НПУ імені М. Драгоманова, 2002. 216 с.
231. Що треба знати молоді з особливими потребами / за ред. Л. Селіванової. Харків : ХОЦССМ, 2000. 278 с.
232. Эйдемиллер Э. Юстицкий В. Методы семейной диагностики и психотерапии: метод. пособие Москва – СПб : Лань, 1996. 48 с.

233. Эриксон Э. Детство и общество. СПб : Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.
234. Яшук І. Формування життєвої компетентності особистості старшокласників загальноосвітніх шкіл України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук. 13.00.07 / Київ, 2001. 21 с.
235. Turnbull A., Brotherson M., Summers J. Family lifecycle : Theoretical and empirical implications and future directions for families with mentally retarded members. In J.J. Gallagher & P.M.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тематичне планування спецкурсу «Права людини»

Тема	Кількість годин
Вступ.	1 год.
Розділ I. Права людини: основні поняття. 1. Поняття та походження прав людини. 2. Основні етапи розвитку понять про права людини. 3. Права людини у традиціях українського народу. 4. Права людини у законодавчих актах України.	5 год. 1 год. 2 год. 1 год. 1 год.
Розділ II. Громадянське суспільство і правова держава. 1. Громадське суспільство та права людини. 2. Правова держава. 3. Конституція України і права людини.	4 год. 1 год. 1 год. 2 год.
Розділ III. Міжнародні документи. 1. Загальна декларація прав людини і громадянина: - економічні права людини; - культурні права людини; - соціальні права людини; - політичні права людини; - громадянські права людини. 2. Конвенція ООН про права дитини.	7 год. 5 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год. 2 год.
Розділ IV. Громадянські і політичні права та особисті свободи. 1. Мир і право на життя. 2. Право на свободу, особисту недоторканість та повагу гідності людини. 3. Право на вільне пересування та свободу вибору місця проживання. 4. Право на захист від втручання в особисте та сімейне життя. 5. Право на свободу думки, совісті та релігії. 6. Право на свободу переконань і вільне їх виявлення та розповсюдження. 7. Право на громадянство.	7 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год.
Розділ V. Економічні, соціальні та культурні права. 1. Право на працю. 2. Право на соціальне забезпечення та найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. 3. Право на достатній життєвий рівень. 4. Право на державну підтримку та захист сім'ї. 5. Право на освіту.	5 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год. 1 год.

Продовження Додатку А.	
Розділ VI . Порушення прав людини та боротьба з цим явищем.	4 год.
1. Злочин проти людства, миру та людяності.	1 год.
2. Дискримінація та її прояви.	1 год.
3. Расизм.	1 год.
4. Рабство та його сучасні прояви.	1 год.
Розділ VII. Професія «Юрист».	4 год.
1. Паспорт професії.	1 год.
2. Професійні вміння та навички.	1 год.
3. Професійні рольові ігри.	1 год.
4. Навчальна екскурсія в юридичну консультацію.	1 год.
Узагальнення.	1 год.

Додаток Б

Теми, над якими працювали особи з ПОРА на реабілітаційних заняттях фотогуртка:

1. Свята.

Мета: актуалізація та вираження різних відчуттів, розкриття творчих можливостей та ресурсів особистості, розвиток самоконтролю. При певних умовах – дослідження системи стосунків, актуалізація та розв’язання внутрішньо особистісних стосунків.

Зміст: вихованцям пропонували створити серію фотознімків свята.

Роздруковані роботи представлялись авторами та обговорювались.

2. Пори року.

Мета: емоційний розвиток, розкриття творчих можливостей та ресурсів особистості, розвиток самоконтролю, осмислення динаміки зовнішніх та внутрішніх змін, отримання нового досвіду.

Зміст: вихованці створювали серію фотознімків, що відображають зміну пір року. При цьому можна було не лише фотографувати різні стани природи, а й людину, включаючи самих учасників групи. Потім ці знімки включали в календарі та листівки.

3. Мої друзі.

Мета: актуалізація та вираження відчуттів, пов’язаних з образом «Я» та відносин до себе, визначення та осмислення цінностей та потреб вихованця, обстеження системи відносин, актуалізація та розв’язання міжособистісних конфліктів. Групова робота сприяла психологічному зближенню осіб з ПОРА.

Зміст: вихованці приносили фотографії з дому із зображенням себе та своїх друзів, демонстрували один одному свої знімки і обговорювали їх (керівник просив розповісти, чому той чи інший друг їм цікавий і дорогий).

4. Світ моїх захоплень та інтересів.

Мета: актуалізація та вираження почуттів, пов’язаних з образом «Я» і

відносин до себе, визначення потреб та цінностей вихованця. Актуалізація та осмислення внутрішніх та зовнішніх ресурсів. Обстеження системи стосунків.

Зміст: учасники групи приносили з дому фотографії із зображенням самих себе в різних ситуаціях, які пов'язані з їх інтересами та захопленнями. Робили подібні знімки у Центрі (фотографували один одного).

5. Створення портрету.

Мета: розкриття творчих можливостей, актуалізація, вираження та осмислення відчуттів. Розвиток навиків включення в спільну діяльність. Досягнення взаєморозуміння. Надання взаємної емоційної підтримки.

Зміст: вихованці створювали портрети дітей та персоналу Центру «Промінь».

6. Створення листівок та календарів.

Мета: розвиток творчих здібностей, виховання впевненості в собі. Набуття досвіду роботи з різними програмами, за допомогою яких можливо створювати подібні роботи.

Зміст: вихованці створювали листівки до кожного свята за допомогою фотознімків, які робилися групою протягом усієї роботи гуртка. Це і квіти, вирощені на клумбах Центру, вироби зроблені руками особами з ПОРА, усі події, які відбувалися у Центрі. За допомогою педагогів підбиралися відповідні вірші до них.

Додаток В

Річний план занять спецкурсу «Гарденотерапія»

Тема	Кількість годин
Ознайомлення з поняттям «Гарденотерапія». Ознайомлення з багатим світом природи.	1 год.
Правила техніки безпеки.	1 год.
Рослинний світ – складова частина природи. Різноманітність живих організмів, середовище їх існування.	1 год.
Навчальна екскурсія на станцію юних натуралістів.	1 год.
Збір різного природного матеріалу та правила його засушування і зберігання.	1 год.
Органи рослин. Корінь і коренева система.	1 год.
Пагін і його будова. Розмноження рослин пагонами.	2 год.
Розмноження рослин пагонами (практичне заняття).	2 год.
Стебло, його внутрішня будова. Листок. Різноманітність листків.	2 год.
Ознайомлення з поняттям «флористика». Навчання користування відповідною літературою.	1 год.
Складання композицій з природного матеріалу (практичне заняття). Квітка. Різноманітність квітів.	3 год.

Продовження Додатку В.	
Правила догляду за зрізаними квітами (практичне заняття).	2 год.
Огляд різних видів композицій з квітів.	1 год.
Професія «Флорист».	3 год.
Навчальна екскурсія в магазин квітів.	1 год.
Форми та закони компоновки квітів.	1 год.
Композиції з штучних квітів. Складання композицій.	1 год.
Квіткові прикраси на всі свята (практичне заняття).	2 год.
Виготовлення новорічних прикрас (практичне заняття).	2 год.
Робота в зимовому саду.	1 год.
Особливості догляду за рослинами в зимовому саду.	1 год.
Догляд за ґрунтом (практичне заняття).	2 год.
Висадка рослин в ґрунт (практичне заняття).	2 год.
Пересаджування кімнатних рослин (практичне заняття).	2 год.
Правила роботи в теплицях. Навчальна екскурсія в теплицю.	2 год.
Насіння та плід. Висадка рослин в ґрунт.	2 год.
Збір насіння. Висів насіння в ґрунт.	2 год.
Догляд за розсадою. Правила догляду за рослинами на ділянці.	2 год.
Догляд за рослинами на ділянці (практичне заняття).	3 год.
Збирання врожаю. Догляд за деревами.	3 год.
Професія «Агроном».	2 год.
Навчальна екскурсія у Вінницькій національний аграрний університет.	1 год.
Узагальнення.	1 год.

Додаток Г

Річний план занять проведення реабілітаційних занять з танцювальної терапії

Тема заняття	Кількість годин
Тілесні межі та рухові можливості суглобів. Образ фізичного тіла.	3 год.
Осінь. Які почуття викликає осінь? Фарби осені. Звуки осені. Танець осені.	2 год.
Фарби мого настрою. Танець мого настрою. Скульптура мого настрою.	2 год.
Пластичне відображення емоцій. «Пластилінові почуття» – техніка висловлення емоцій за допомогою руху та ліплення з пластиліну.	2 год.
Зима. Які почуття викликає зима? Фарби зими. Звуки зими. Танець зими.	3 год.

Продовження Додатку Г.	
Гармонізація відчуттів. Перегляд картинок та їх озвучування. Переведення зображення в рух.	1 год.
Гармонізація відчуттів. «Оживляємо» кольори: озвучуємо колір, робимо скульптуру кольору, танцюємо танець кольору.	2 год.
Гармонізація відчуттів. «Оживляємо» звуки: досліджуємо прояви звуку у русі, малюємо звуки.	2 год.
Гармонізація відчуттів. Техніка «Танець голосу». Зв'язок руху і голосу.	2 год.
Техніка «Stop & Go» та її варіанти. Тренування навичок самоконтролю. Довільний рух та зупинка.	2 год.
Явище інерції руху. Утримання та переключення уваги у русі. Руховий намір та слідування йому.	3 год.
Весна. Які почуття викликає весна? Фарби весни. Звуки весни. Танець весни.	3 год.
Перегляд фільму з історії класичного балету. Збагачення рухового репертуару новими танцювальними елементами.	3 год.
Перегляд фільму з історії українського народного танцю. Збагачення рухового репертуару новими танцювальними елементами.	3 год.
Сучасний танець та його напрямки. Перегляд відеороликів. Збагачення рухового репертуару новими танцювальними елементами.	3 год.
Моя сім'я. Спілкування у моїй сім'ї. Малюнок сім'ї. Танець сім'ї. Скульптура сім'ї.	1 год.
Мої друзі. Спілкування у колі друзів. Малюнок дружби. Танець дружби. Скульптура дружби.	1 год.
Мій світ – який він? Як я відчуваю себе у цьому світі. Малюнок мого світу. Танець мого світу. Скульптура мого світу.	1 год.
Я – який я є. Танець мого «Я».	1 год.
Я – яким я хочу бути? Танець мого майбутнього.	2 год.
Я – реальний та Я-ідеальний. Шлях до розвитку.	1 год.
Професія «Танцювальний терапевт»	1 год.
Узагальнення	1 год.

Додаток Д

Зразок групового заняття з родинами осіб з ПОРА

Частина 1.

- 1.1. Знайомство. Конкретизація очікувань учасників.
- 1.2. Гра «Лови, кидай, падати не давай!» Мета: активізація, зняття напруження.

Опис гри. Стоячи в колі, учасники швидко перекидають один одному м'яч. Потім ведучий додає ще кілька м'ячів.

1.3. Гра «Ритмічні оплески».

Мета: активізація, зняття напруження, розвиток згуртованості.

1.4. Гра «Шепочемо всі разом».

1.5. Міні-лекція «Поведінка дитини. Негативні поведінкові явища та умови їх подолання».

Висвітлення основних поведінкових проблем дітей різного віку (впертість, негативізм, протест-бунт, знецінювання, деспотизм, гіперактивність, агресивність, тривожність), їхніх проявів, причин, способів подолання.

1.6. Вправи на розвиток навичок спілкування дорослого з дитиною.

1) Батькам пропонується ситуація та готові варіанти батьківської поведінки в ній. Потрібно вибрати найближчий для себе варіант реакції. Обговорення та визначення найвдаліших способів реагування.

Ситуація: «Вам потрібно виконати вдома певну роботу, що потребує уваги та зосередженості. Щоб ваша дитина вам не заважала, ви попросили когось із членів сім'ї посидіти з дитиною в іншій кімнаті протягом години. Пройшло 10 хвилин, і раптом відчиняються двері й до кімнати заходить ваша дитина».

Варіанти реакції на ситуацію.

1. Сергій, ти вже скучив?
2. А ну марш у іншу кімнату!
3. Я ж попросила, не приходи до мене.
4. Ти прийшов допомогти мамі?
5. Не заважай.
6. Що-небудь сталося?
7. Я можу спокійно попрацювати у цьому домі?
8. Мій зайчик прийшов.
9. Тобі погано без мене?
10. Я працюю.
11. Як добре, що ти прийшов!
12. Сергійко, солодкий мій.
13. Я тебе благаю, побудь у сусідній кімнаті.
14. Заходь, тільки тихо.
15. Ти що, не можеш без мене 40 хвилин посидіти?
16. Якщо ще раз відкриєш двері, покладу спати.
17. Прийдеться працювати вночі.
18. Радість моя.
19. Сідай до мами на коліна і мовчи.
20. Негайно вийди з кімнати.
21. Через тебе я залишусь без роботи.
22. Сонце моє.
23. Чому ти такий сумний?
24. О Боже! Піду працювати до сусідів.

2) Ведучий по черзі підходить до кожного учасника та повідомляє екстремальну ситуацію, в якій знаходиться дитина. Той, до кого звернулись, повинен, миттєво відреагувавши, зупинити дитину.

Список ситуацій.

Ваша дитина:

1. Тягнеться до гарячої праски.
2. Намагається ввімкнути газову плиту.
3. Збирається скинути на підлогу кришталеву вазу.
4. Перегинається через перила на шостому поверсі.
5. Підносить до рота чарку з горілкою.
6. Вибігає на проїжджу частину вулиці.
7. Замахується лопаткою на собаку.
8. Тягне до рота голку.
9. Засовує олівець в електричну розетку.
10. Запахає гудзик у вухо.

Після вправи проводиться обговорення, обмін батьківським досвідом у схожих ситуаціях.

Частина 2 (до батьків приєднуються вихованці).

1. Вправа «Побудова кола».

Учасники закривають очі та починають хаотично перемішуватися по приміщенню, видаючи при цьому гудіння потривожених бджіл. За умовним сигналом ведучого (хлопок, свист і т.п.) всі зупиняються там, де застав їх сигнал, після чого намагаються утворити коло, не відкриваючи очей і не розмовляючи, можна лише торкатися один до одного руками.

2. Ігри, спрямовані на розвиток навичок взаємодії батьків з дитиною.

- Вправа «Міст через провалля».

Обладнання: лавка висотою 20 см, довжиною 2 м.

Завдання: «Ви – група туристів, і вам потрібно здолати цю перешкоду, пройти по цьому містку, що висить над проваллям. Від ваших злагоджених дій залежить успіх».

- «Липучка».

Під веселу музику учасники бігають по кімнаті. Двоє з них, тримаючись за руки, намагаються зловити інших, при цьому вони наспівують: «Я – липучка-приставучка, хочу я тебе зловить». Кожного пійманого учасника «липучки» беруть за руки, приєднуючи його до своєї «липучої» компанії, потім вони всі разом ловлять інших учасників. Коли всі в групі стануть «липучками», вони починають всі разом танцювати та наспівувати: «Ми – липучки-приставучки. Будем разом танцювати».

- «Літаки».

Учасники стоять у колі. Ведучий стає перед ними та показує рухи: кругові рухи руками перед грудьми (літаки заводяться), розводить руки в сторони і дає сигнал «Полетіли». Учасники починають бігати («літати») по кімнаті, видаючи звуки, що імітують гудіння літака. Після сигналу ведучого «На посадку!» всі учасники повинні зупинитися та присісти.

- «Каруселі».

Учасники стають у коло та беруться за руки. Ведучий каже: «Зараз ми будемо кататися з вами на каруселях. Повторюйте за мною слова й рухайтесь дружно по колу». Всі учасники слідом за ведучим повторюють слова: «Помаленьку-помаленьку закрутились карусельки. Потім все скоріш, скоріш, вже ти їх не доженеш». На слова «Тихше, тихше, не біжіть, карусельку зупиніть» темп рухів поступово уповільнюється, а на слова «Раз-два, раз-два, ось закінчилася гра» всі зупиняються.

- «Паперові м'ячики».

Перед початком гри кожний учасник повинен зім'яти аркуш паперу так, щоб вийшов м'ячик. Потім група ділиться на дві команди, які шикуються в лінії одна навпроти одної на відстані приблизно 4 метри. По сигналу ведучого команди починають кидати м'ячі в бік супротивника. Гравці намагаються чимскоріш закинути м'ячі, що опинились на їхньому боці, на протилежний бік. По сигналу «Стоп!» учасники припиняють кидати м'ячі. Перемагає та команда, на чиєму боці виявиться менше м'ячів.

- Гойдання батьками своєї дитини у ковдрі.

- Вправа «Лагідні лапки».

Для гри потрібно підібрати кілька дрібних предметів різної фактури, які викладають перед дитиною. Дитині пропонують оголити руку до ліктя та пояснюють, що по руці буде ходити «звірятко» й торкатися до неї лагідними лапками. Потрібно із закритими очима відгадати, яке «звірятко» доторкалось до руки – відгадати предмет.

- Вправа «Пишемо на спині» (мама з дитиною – батькові, і навпаки).

3. Підсумки (рефлексія).

Наукове видання

Саранча Ірина Григорівна

СОЦІАЛІЗАЦІЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Монографія

Підписано до друку 20.03.2020.

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк цифровий.

Друк. арк. 9,00. Умов. друк. арк. 8,37.

Наклад 300 прим. Зам. № 1816/1.

Віддруковано з оригіналів замовника.

ФОП Корзун Д.Ю.

Свідоцтво про державну реєстрацію фізичної особи-підприємця
серія В02 № 818191 від 31.07.2002 р.

Видавець ТОВ «ТВОРИ».

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 6188 від 18.05.2018 р.

21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. Келецька, 51а.

Тел.: (0432) 603-000, (096) 97-30-934, (093) 89-13-852.

e-mail: info@tvoru.com.ua

<http://www.tvoru.com.ua>