

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

**СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ
ВАДАМИ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ**

Кваліфікаційна робота (проект)

ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: студентка 2 курсу
Спеціальності 227 Фізична терапія,
ерготерапія
Освітньо-професійної програми «Фізична
реабілітація»

Печена Наталія

Керівник: к.б.н., доцентка Васильєва Н.О.

Рецензент к.б.н., професорка Лаврикова О.В.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.....	6
1.1. Сутність та зміст соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.....	6
1.2. Реабілітаційний центр, як суб'єкт соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами.....	10
1.3. Технології соціальної реабілітації дітей з порушеннями психо- фізичного розвитку.....	15
РОЗДІЛ 2. Дослідження успішності формування соціальних навичок дітей з психофізичними вадами.....	21
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	21
2.2. Результати дослідження стану сформованості соціальних навичок дітей з психофізичними вадами.....	26
2.3. Зміст та результати корекційно-розвивальної роботи з формування соціальних навичок дітей з психофізичними вадами.....	30
РОЗДІЛ 3. Практичні рекомендації щодо удосконалення соціальної реабілітації в умовах центру.....	36
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45

ВСТУП

Актуальність теми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, число дітей, які мають інвалідність, у світі майже 13% (3% дітей, народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей, з іншими фізичними і психічними відхиленнями). В цілому, в світі, майже 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями. Крім того, в нашій державі, як і у всьому світі, спостерігається тенденція збільшення кількості дітей з відхиленнями. В Україні, частота дитячої інвалідності, за останні 10 років, зросла в два рази. У 2008 році, в управлінні соціального захисту населення, знаходилось на обліку, приблизно 453 тисяч дітей з відхиленнями. Але фактично, таких дітей в два рази більше: за підрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я, їх близько 900 тисяч – 2-3 % дитячого населення. [14].

Відхилення у дітей, означає значне обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена відхиленнями в розвитку, спілкуванні, навчанні, ускладненнями в самообслуговуванні, оволодінні в майбутньому професійними навичками. Освоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, залучення їх в нинішню систему суспільних відносин, вимагає від суспільства деяких додаткових заходів, зусиль і засобів (це можуть бути спеціальні центри по реабілітації, спеціальні програми, спеціальні навчальні заклади та інше). Але розробка цих заходів, повинна ґрунтуватися на знанні задач, закономірностей, мети процесу соціальної реабілітації.

Створення системи ранньої соціальної реабілітації для дітей-інвалідів, при здійсненні соціальної, медичної та професійної реабілітації осіб з обмеженими психічними і фізичними можливостями, дає змогу завершити формування загальної реабілітаційної системи в Україні, проводити цілеспрямовану загальнодержавну політику та винаходити новітні реабілітаційні методи, спільними зусиллями спрямувати їх на допомогу та вирішення проблем, які мають діти з інвалідністю [6].

Проблемами соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, піклується велика кількість вчених: І. Іванова, Н. Грабовенко, Л. Коваль, А. Капська, І. Зверєва, М. Малафєєв, В. Ляшенко, В. Тесленко та інші. [21, 27. 30]

Поряд з порушеннями психофізичного розвитку у дітей спостерігається соціальна дезадаптація, порушення соціальних контактів, низький соціометричний статус, що поглиблює порушення їх психічного розвитку, негативно впливає на емоційно-вольову сферу. Тому актуальним є проведення соціально-психологічної реабілітації дітей з цією категорією дітей для відновлення втрачених соціально-психічних функцій. Ця проблема у соціально-психологічній літературі вивчена недостатньо, порівняно з фізичною реабілітацією [3].

Викликана потребою удосконалення практичної реабілітаційної роботи актуальність теми дослідження з дітьми з обмеженими можливостями, створення нових методик роботи з даною категорією дітей.

Враховуючи особистісну та соціальну значущість, актуальність реабілітаційної роботи з дітьми, які мають обмеження, пов'язані зі здоров'ям, нами складена проблема дослідження: вияв максимальної можливості соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, за допомогою різних методів, в межах реабілітаційного центру.

Мета: визначити ефективність соціально-реабілітаційної роботи з дітьми з інвалідністю на прикладі інклюзивно-ресурсного центру та надати рекомендації щодо вдосконалення його діяльності.

Завдання дослідження:

1.Розглянути зміст та сутність соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

2.Усвідомити соціокультурну і соціальну значимість реабілітаційної діяльності в роботі з дітьми з обмеженими можливостями.

3. Проаналізувати організаційно-методичні аспекти діяльності інклюзивно-ресурсного центру з соціальної реабілітації для дітей обмеженими можливостями.

4. Запропонувати методи покращення реабілітаційного процесу, в роботі центру соціальної реабілітації для дітей з обмеженими можливостями.

Об'єкт дослідження: діти з психофізичними вадами.

Предмет дослідження: соціально-реабілітаційна робота з дітьми з обмеженими можливостями в умовах реабілітаційного центру.

При проведенні дослідження використовувалися такі методи дослідження:

теоретичні: аналіз соціологічної, соціально-педагогічної, психологічної, філософської літератури, для визначення основних положень, які створюють базу науково-теоретичного дослідження; гіпотетичні судження; «соціальна реабілітація»; визначення сутності поняття «дитина з інвалідністю», синтез; узагальнення; систематизація.

емпіричні: аналіз та обробка отриманих даних, у результаті дослідження.

Наукова новизна дослідження полягає у його основних результатах: в узагальненні дієвого досвіду соціально-реабілітаційної роботи, щодо вирішення їх нинішніх проблем; у дослідженні теоретичних основ соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, в умовах реабілітаційного центру; у пропозиціях, щодо поліпшення роботи реабілітаційного центру.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що можна матеріали дослідження застосовувати в роботі реабілітаційного центру.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1. Сутність та зміст соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями

У сучасній науці, існує велика кількість методів до теоретичного осмислення проблеми інвалідизації в цілому та соціальної реабілітації інвалідів. На основі соціоцентристських теорій розвитку особи Т.Парсонса, Е.Дюркгейма, Р.Спенсера, досліджувалися соціальні проблеми конкретного індивіда, за допомогою вивчення суспільства в цілому. На основі антропоцентристського підходу Л.Виготського, Р.Андрєєвой, Е.Еріксона, Ф.Гиддінгса, А.Мудрика, І.Кона, Ж.Піаже, Ю.Хабермаса, Г.Тарда, та інших дослідників, розкриваються психологічні аспекти повсякденної міжособистісної взаємодії. У структурно-функціональному методі (К.Девіс, Т.Парсонс, Р.Мертон,) досліджені проблеми інвалідності, як специфічного соціального стану індивіда (проект ролі хворого Т.Парсонса), соціальної інтеграції, соціальної реабілітації, соціальної політики країни, по відношенню до інвалідів, що акцентується в діяльності соціальних служб по підтримці сімей, дітей з обмеженими можливостями [5; 18; 23].

У межах соціально-антропологічного підходу (Е.Дюркгейм) відносно інвалідизації, вивчалися інституційні та стандартизовані форми соціальних відносин (девіація і соціальна норма), механізми соціального контролю, соціальні інститути. [16].

В працях символічного інтеракціоналізма (Дж.Г.Мид, Н.Залигіна, та інших), інвалідність описують за допомогою систем символів, що характеризують цю соціальну групу людей з обмеженими можливостями.

У рамках теорії наклеювання ярликів або теорії соціентальної реакції (Е.Лемертон, Р.Беккер), для відокремлення осіб з обмеженими можливостями, з'являється поняття «девіанти». Інвалідність розглядається, як відхилення від соціальних норм, власникам цієї девіації застосовується ярлик – «інвалід» [20].

Поняття «нетипової дитини» транслюється і формується всім його соціальним оточенням. Згідно Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 рік) інвалід – це будь-яка людина, яка не може самостійно забезпечити частково або повністю потреби нормального соціального та (або) особистого життя, через недолік, будь-то природженого чи ні, його (її) розумових або фізичних можливостей [2].

Інвалідність у дітей, що приводить до соціальної дезадаптації проявляється великим обмеженням життєдіяльності, унаслідок порушень зростання і розвитку дитини, пересування, здібностей до самообслуговування, спілкування, орієнтації, навчання, контролю за своєю поведінкою, трудової діяльності в майбутньому [9].

Найпопулярнішими в сучасній медико-соціальній і психолого-педагогічній літературі, є поняття «діти з обмеженими можливостями», «діти з особливостями розвитку». Поняття «діти з обмеженими можливостями», включає категорію осіб, життєдіяльність яких, характеризується будь-якою відсутністю або обмеженням здатності здійснювати діяльність способом або в рамках, що вважаються сприятливими для людини даного віку [9]. Це поняття характеризується недостатністю або непомірністю в порівнянні із звичайним в діяльності або поведінці, може бути постійним або тимчасовим, а також регресивним і прогресуючим.

За нинішніх умов соціально-економічної кризи, гостро стоїть питання, соціально-психологічної інтеграції дітей з обмеженими можливостями, які не залучені до спільної громадської діяльності. Ми маємо зрозуміти, що головна проблема дитини з інвалідністю – це порушення її зв'язку з навколишнім світом, в доступі до культурних цінностей, в обмеженні спілкування, а іноді –

і до елементарного навчання. Основним критерієм успішного вирішення актуальних проблем соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, є політика держави, до людей з інвалідністю. У зв'язку з цим, основним завданням країни, є створення необхідних умов для індивідуального розвитку, забезпечення соціальної захищеності інвалідів, реалізації інтелектуального або творчого потенціалу.

Соціальна реабілітація – комплекс методів, направлених на відновлення людини в соціальному статусі, правах, на поліпшення її дієздатності та здоров'я [8; 12; 22].

Також прийнято розуміти систему медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних та інших методів під реабілітацією дітей з обмеженими можливостями, направлених на корекцію або ліквідацію патологічних змін, що пригнічують хід нормального розвитку дитячого організму і на максимально ранню і повну соціальну адаптацію дитини, формування у неї гарного відношення до життя, сім'ї, суспільства, навчання, трудової діяльності; це процес включення дитини з обмеженими можливостями в розвитку, в нормальну суспільно корисну діяльність в соціальне середовище та адекватні взаєностосунки з однолітками [12; 22; 25].

Соціальна реабілітація дітей з інвалідністю, передбачає поетапну роботу: прогностичний, організаційний етап, етап стимуляції та підтримки, активно-реабілітаційний [17; 20]. Процес соціальної реабілітації, навіть при чудовому збігу обставин, розгортається нерівномірно і може бути обумовлений низкою тупиків, труднощів, що вимагають сумісних зусиль дитини і дорослого.

Згідно Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [7] реабілітаційними є заклади, що проводять процес реабілітації інвалідів, у відповідності до реабілітаційних норм. У процесі соціальної реабілітації розв'язуються три групи задач: автоматизація, адаптація і активізація особи.

Умови організації життя дітей в інтернатах, створюють зовнішні складнощі для повноцінної соціальної реабілітації, але, у даної групи дітей

існують внутрішні складнощі, які пов'язані з особливостями їх психічного розвитку [3].

Складнощі соціальної реабілітації, як правило, народжують гіпертрофовану адаптованість до соціальних процесів, тобто гіпертрофовану автономність або соціальний конформізм, тобто повне несприйняття норм відносин, що складаються в житті.

Причини появи проблем залучення дитини в систему соціальних відносин, можуть бути дуже різними, перш за все, вони пов'язані з неадекватним сприйняттям дітьми з обмеженими можливостями тих вимог, які наказує навколишній соціум [11].

Головне, що має враховувати соціальний реабілітолог, – це те, що його діяльність не є вузькоспеціалізованою, а є великим спектром робіт, що надаються дітям з обмеженими можливостями та їх родинам. Причому діти, розвиток яких суттєво порушений, відразу потрапляють в поле зору лікаря, і необхідність в створенні системи професійної допомоги, як правило, очевидні. Навпаки, розпізнавання дітей, яким тільки загрожує ризик відхилення в розвитку, може бути ускладнено, і форми і характер професійних послуг, в цих випадках, також не представляються очевидними.

Зазначимо, що заходи соціальної підтримки дітей з обмеженими можливостями та реабілітації, можуть мати більше користі, якщо вони проводитимуться в умовах реабілітаційного центру.

1.2. Реабілітаційний центр, як суб'єкт соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами

Установа може утворюватися на основі державної, приватної і комунальної форм власності, не маючи на меті отримання прибутку, вона утворюється, ліквідується або реорганізується на підставі рішення

відповідного місцевого органу місцевого самоврядування або органу виконавчої влади. Установа приватної форми власності утворюється, ліквідується та реорганізується її засновником, відповідно до чинного законодавства.

Така соціальна установа, затверджується засновником що розробляє власне положення. Види діяльності здійснюються установою, що потребують ліцензування, після отримання в установленому порядку відповідних ліцензій [15].

У своїй діяльності реабілітаційний центр керується Конституцією та законами України, актами Кабінету Міністрів України, Президента України, МОЗ, наказами Мінпраці, іншими нормативно-правовими актами з питань реабілітації інвалідів та дітей з обмеженими можливостями [19].

Центр надає експертну оцінку стану дитини-інваліда або інваліда, визначає важливість реабілітаційних заходів, а також установлення наступності реабілітаційного процесу, сприяє встановленню піклування чи опіки у випадку визнання інваліда недієздатним, розробляє систему комплексної абілітації, догляду та реабілітації відповідно до індивідуальної програми реабілітації, забезпеченню тимчасового цілодобового догляду за інвалідом та (або) дитиною-інвалідом (у випадку тимчасової складної життєвої ситуації у законного представника інваліда – на період перебігу цієї ситуації) [24].

Показаннями для зарахування до установи, є розумова відсталість будь-якого рівня, психічні захворювання за винятком випадків, коли хворий, внаслідок наявності в нього тяжкого психічного розладу, виявляє чи вчиняє реальні наміри вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для оточуючих чи для нього. Протипоказаннями є хронічні та інфекційні захворювання в стадії загострення захворювання, тяжкі психічні розлади, венеричні захворювання, внаслідок яких особа виявляє чи вчиняє реальні наміри вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи для оточуючих.

На підставі індивідуальної програми реабілітації інвалід або дитини-інваліда, фахівці реабілітаційного центру розробляють індивідуальний план реабілітації, до якого входить комплекс реабілітаційних заходів та враховує діагноз інваліда або дитини-інваліда, їх психофізичний стан та індивідуальні особливості.

Заходи з соціальної реабілітації складаються з навчання інваліда або дитини-інваліда, опанування навичок захисту власних прав та інтересів, побутовим операціям для задоволення власних фізіологічних потреб, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою. Заходи з психологічної реабілітації складаються з проведення психологічної діагностики дитини-інваліда, визначення методів, форм, засобів, процедур та терміну психологічної корекції, навчання методам та прийомам самовиховання, самонавчання, саморегуляції, проведення індивідуальної психокорекційної роботи. формування мотивації до праці [18].

Зі створення умов для всебічного розвитку, засвоєння інвалідом або дитиною-інвалідом знань складаються заходи з психолого-педагогічної реабілітації, навичок і умінь з метою їх адаптації у соціумі, формування навичок соціально-побутового обслуговування), проведення корекційно-розвиткової роботи (корекція пізнавальної діяльності, розвиток здорового сприймання, дотриманню техніки безпеки, навчання найпростішим трудовим навичкам, сприяння ефективному працевлаштуванню інвалідів [30].

Заходи з медичного супроводу включають у себе визначення сомато-фізіологічної, фізичної, психічної та сенсорної спроможності дитини-інваліда за даними індивідуальної програми результатів та реабілітації обстеження лікарями установи, надання рекомендацій на рахунок подальшої можливої (або неможливої) соціальної реабілітації, створення стереотипів поведінки, розробку рекомендацій з дозування психологічних та фізичних навантажень, які відповідають розумовим та фізичним можливостям дитини-інваліда, визначення послідовності та адекватності заходів лікувально-

профілактичного характеру, здійснення постійного контролю та нагляду за фізичними, психічним та соматичним станами дітей-інвалідів, контроль та організацію виконання в установі санітарно-гігієнічних, профілактичних та протиепідемічних заходів, здійснення санітарно-просвітницької роботи [11; 13].

Очолює керівник реабілітаційний центр, який призначається і звільняється із займаної посади засновником, передбаченому чинним законодавством у порядку. Працівники реабілітаційного центру, проходять атестацію відповідно до законодавства відомчого підпорядкування установи незалежно від форми реєстрації та власності. Штатний розпис затверджується згідно з установленими нормативами відповідної галузі засновником. Фінансове забезпечення за рахунок коштів засновника здійснюється.

Таким чином, реабілітаційний центр є закладом комплексним, багатопрофільним, а для дітей-інвалідів та їх сімей – центром реальної допомоги [24].

1.3. Технології соціальної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку

При здійсненні соціально-психологічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку використовують відповідні методи роботи: музикотерапію, арт-терапія, танцювальна терапія, дельфінотерапію, психодрама, іпотерапія, працетерапія, психологічний тренінг та ін. [2].

Арт-терапія. Важливість проведення арт-терапії з молоддю, яка має розумову відсталість, зазначають В.С Пшенічна, Н.В.Біланік, С.В.Солопай, В.В.Любота, та зауважують, що арт-терапія – універсальний метод лікування на базі образотворчого та іншого видів мистецтва. В даний час, він усе більш

використовується, як метод оздоровлення, профілактики, психотерапії, реабілітації, розвитку здібностей людини а також її гармонізацій. У більшості випадках, арттерапія допомагає скорегувати наявні в дитини емоційні, інтелектуальні й поведінкові недоліки і порушення. Творчість має лікувальну силу” [5].

Танцювальна-рухова терапія. На думку, Х.Литвин, проведення танцювальної терапії, дозволяє неповноцінним дітям відчувати гармонію частин тіла, так як рух однієї частини тіла має вплив на все тіло і ми можемо відчути себе єдиним цілим [6]. Танцювальна-рухова терапія допомагає дітям "побачити" один одного, навчатись повторювати рухи один одного та досягати соціальної взаємодії шляхом невербальних стосунків. Танцювальна-рухова терапія покращує настрій і самопочуття, розвиває креативність, додає впевненості в житті.

Музикотерапія. Функціональний ефект музичнотерапевтичного впливу складається з таких найважливіших факторів: рефлексорної зміни функціональних систем організму, відповідно до викликаного емоційного стану; здатності музики викликати в слухача потрібні емоційні думки, стани, психологічні дії та установки; музичній регуляції й стимуляції рухової діяльності та різних ритмічних процесів в організмі [1].

Перинатальна енцефалопатія в недоношених дітей і дітей з малою вагою є показаннями до проведення музикотерапії, при синдромі гальмування ЦНС, при чергуванні епізодів млявості й порушення, при порушенні моторики кишечника, при порушенні ритму дихання на тлі пневмонії або дихальних розладів різного походження, , при синдромі високої нервово-рефлексорної збудливості, при синдромі вегетовісцеральних дисфункцій. До протипоказань можемо виділити складний загальний стан дитини, інтоксикація, гострий отит, гостра фаза інфекційно-запального процесу, судорожний синдром, при синдромі порушення ЦНС (при важкому перинатальному ураженні ЦНС, судомній готовності й судомах, різко вираженій збудливості) [13].

Дітям з руховими відхиленнями, які досить часто ізольовані від суспільства, музикотерапія допомагає покращити знання про навколишній світ, навчити розуміти й слухати її, прищепити любов до музики. Музикотерапія також допомагає активізації розумової й пізнавальної діяльності.

Психодрама – це групова психотерапія й активний метод, відображення життя в сценічному вигляді це спонтанна гра. Психодрама – це терапевтичний метод, у якому психічні (психосоматичні) як прояв порушень у міжособистісних відносинах захворювання розуміються. Для лікування цих порушень використовується спонтанне сценічне їхнє зображення.

Спостереження В.В.Люботи, С.В.Солопай та інших, свідчать про позитивний вплив театру на розвиток виховання й уяви почуттів молодих людей з розумовими відхиленнями [5]. Бажання зіграти роль, якнайкраще потребує акторів активізувати свої рухові можливості. На заняттях зі сценічної мови маємо значний прогрес у розвитку мови – поліпшується звуковимова і дикція. Підготовка спектаклю супроводжується станом натхнення, емоційної піднесеності, які за даними психологів і фізіологів, забезпечує те тло, на якому значно продуктивніше відбувається хід основних психічних процесів – уваги, сприйняття, мислення й пам'яті.

До спеціальних реабілітаційних методик відносяться іпотерапія, заняттєва терапія (працетерапія) та інші.

Іпотерапія спрямована за допомогою верхової їзди на конях на реабілітацію людей з психофізичними обмеженнями [1]. Іпотерапія може бути показана при соматичних, кишково-шлункових, нервових, при ураженнях органів відчуття – зору, слуху психічних захворюваннях; травмах, серцевих захворюваннях; при різних відхиленнях соціальної адаптації – проблемах навчання, спілкування та інше.

Протипоказаннями є гострі захворювання, хронічні в стадії загострення захворювання дихальної, шлунково-кишкового тракту і серцево-судинної систем; ожиріння III ступеня; деформації хребта; запальні захворювання

м'яких тканин; епілептиформні синдроми й епілепсія; хронічні й гострі запальні захворювання очей; хронічні й гострі запальні захворювання нервової системи. На думку В. Й. Бочелюк, реабілітація у процесі іпотерапії полягає в тому, що:

1. На рефлекторному рівні відбувається забезпечення одночасного підключення в роботу практично всіх видів м'язів тіла пацієнта. Сидячи на коні, рухаючись разом з ним, дитина постійно намагається зберегти рівновагу, стимулюючи до активної роботи наявні резерви організму.

2. Іпотерапія викликає велику, різнобічно спрямовану мотивацію: велике хотіння сісти на коня й невпевненість перед цим. Цей емоційний зв'язок із твариною й досить складні методи їзди верхи становлять унікальну терапевтичну ситуацію. Керування великою, темпераментною й сильною твариною, враження від манежу, великого відкритого простору дозволяє хворому відчувати себе вільним, дарує відчуття самостійності, перемоги.

3. Сприятливий вплив теплоти коня, температура якого більше на 1-1,5 градуси ніж тіла людини, масажні рухи м'язів спини коня, ритмічні коливання в трьох площинах, які виникають при ходьбі.

4. Подібність біомеханіки ходу коня до ходи людини, контакт із іншими людьми, робота в групі, догляд за конем мають лікувальний ефект [1].

Г.В. Дремова описує такі напрямки використання верхової їзди в соціально-педагогічних, лікувальних та оздоровчих цілях [7]:

1. Іпотерапія для лікування різних рухових порушень, таких як парези, координації рухів, паралічі нижніх і верхніх кінцівок, розладу насильницькі рухи та інше. В ортопедичній практиці були спроби застосування даного методу при корекції розладів хребта й інших дефектів постави.

2. Лікувальні вправи та верхова їзда на коні, як метод педагогічного впливу показана підліткам і дітям, у тому числі й з порушеннями інтелектуального розвитку, ускладненнями в навчанні з метою педагогічної корекції, дітям з порушеннями в поведінці.

3. Верховна їзда, як спортивна діяльність, як спорт серед інвалідів, що сприяє підтримці загальної фізичної реабілітації й активності людини.

4. Іпотерапія, як призначений лікарем лікувально-гімнастичний метод, у якому на коня покладається роль живого тренажера.

Застосовується в терапії рухових відхилень, на основі ураження центральної нервової системи, а також у загальній реабілітації при деяких соматичних хворобах і в ортопедичній практиці.

5. Іпотерапія, як засіб повернення здатності до пересування в рамках післяопераційної реабілітації хірургічних пацієнтів. У психоневрологічній практиці, їзда верхи використовується при лікуванні різних неврозів, депресій, окремих психозів (під особливим лікарським контролем), а також при відхиленнях психомоторного розвитку в дітей [2].

Працетерапія (заняттєва терапія) – спрямоване залучення пацієнта у трудовий процес, із реабілітаційною та лікувальною метою.

Протипоказаннями до працетерапії є патології свідомості, гострі хворобливі стани, виражені депресивні і астеничні стани, активне медикаментозне лікування, негативізм до праці.

У процесі трудової терапії вирішуються специфічні завдання:

- компенсація недоліків опорно-рухового апарату – розвиток диференціації й координації рухів, зміцнення моторики рук;
- корекція недоліків мовної й розумової діяльності;
- компенсація недорозвиненості емоційно-вольової сфери дітей, формування спостережливості, самостійності, звички до трудових зусиль і цілеспрямованої діяльності;
- розширення бачень про навколишній світ, про різні матеріали,
- формування впевненості в собі, підвищення самооцінки, розвиток особистісного потенціалу;
- формування деяких (доступних дитині) трудових навичок, методах їхньої обробки, підвищення пізнавальної активності дітей;

- виховання поваги до праці, як форми існування людини, формування естетичного виховання навколишнього життя й світу;
- підготовка до свідомого вибору професії, у відповідності зі своїми здібностями й можливостями, адекватна оцінка своїх недоліків та достоїнств, рівня своїх потреб [1; 6].

Одним з ефективних методів групової роботи з людьми, з обмеженими можливостями є *психологічний тренінг*. При проведенні тренінгів необхідно враховувати: характер реакції на інвалідність, емоційного та інтелектуального розвитку, час настання інвалідності, тяжкість порушення (діапазон обмежень через порушення), ступінь дотримання логічної послідовності тренінгових занять. Для розумово відсталих дітей проводять тренінги, спрямовані на вироблення навичок самообслуговування та життєвих умінь.

Мета соціально-психологічного тренінгу для незрячих та слабоворих людей полягає у формуванні позитивного емоційно-ціннісного ставлення до себе, розвитку здібностей до самопостереження і самоаналізу, підвищенні рівня усвідомлення й відповідальності себе як цілісної особистості. В роботі з підлітками, які мають порушення опорно-рухового апарату, психологічний тренінг набуває особливого значення, з метою підвищення комунікативних якостей особистості, в процесі міжособистісної взаємодії [1].

Дельфіноterapia. Ефективність цього методу, пов'язана з тим, що дельфіни – доброзичливі, хочуть встановити контакт з людиною, інтелект дельфінів – найвищий серед тварин. Важливим методом у роботі з дельфіном, є покращення чутливого компоненту психо-емоційної сфери людської діяльності. Допомагає дельфіноterapia при дитячих неврозах, порушеннях опорно-рухового апарату, аутизмі, стимулює мовленнєву діяльність, посттравматичному синдрому.

Л. М. Лукіна описує такі методи дельфіноterapiї [17]:

Первинна психотерапія – формування у хворого позитивної установки на спілкування з дельфіном: розігрування ігрових ситуацій з муляжами,

розглядання візуальних образів дельфінів, завдяки цьому знижується напруга у спілкуванні з дельфіном.

Спілкування з дельфіном – формування довірливих відносин між хворим і дельфіном за допомогою тренера, в присутності батьків і психолога: годування рибою, погладжування дельфіна, ігри з м'ячом, викликають звикання до дельфіна, позитивні емоції, зниження почуття страху. У воді пацієнт знаходиться 10-15 хвилин. Заняття проходять до двох тижнів. Нормалізація психо-емоційного стану пацієнта, після купання з дельфіном: розслаблюючий масаж, вживання гарячого чаю зі спеціальними заспокійливим травами, обговорення [4].

Первинний психофізіологічний контроль – за допомогою комп'ютерних систем і психодіагностичних методів, діагностики функціонального стану через аналіз серцевого ритму. Потрібно знати ступінь соціальної адаптованості дитини, її функціональні і інтелектуальні резерви, положення основних фізіологічних систем.

Отже, дітей з порушеннями психофізичного розвитку є методами соціально-психологічної реабілітації: арт-терапія, іпотерапія, танцювальна терапія, дельфінотерапія, музикотерапія, психодрама, працетерапія, психологічний тренінг та ін. Перспективами подальшого дослідження є створення і застосування ефективної методики з порушеннями психофізичного розвитку соціально-психологічної реабілітації дітей, оптимізація співпраці усіх фахівців [9].

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ УСПІШНОСТІ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

2.3. Характеристика вибірки та методів дослідження

Дослідження проводилось в 2019-2020 навчальному році на базі Інклюзивного ресурсного центру Олешківської районної ради Херсонської області в групі вихованців віком 8-17 років. В дослідженні брали участь 4 хлопця і 4 дівчини з діагнозами ДЦП, синдром Дауна, F-71, F -72. Характеристику контингенту дітей представлено в таблиці 2.1. Метою дослідження було визначення рівня сформованості соціально важливих навичок у дітей з психофізичними вадами, а також характеру динаміки показників протягом навчального року.

Для оцінки розвитку дитини з ДЦП та помірною або тяжкою розумовою відсталістю використано методику «Соціограма», яку запропонував німецький психолог і педагог, доктор Х.С.Гюнцбург. Дану методику було взято з монографії Л. М. Шипіциної [43, с. 345] і адаптовано її відповідно до умов організації роботи з даною категорією дітей.

Методика складається з анкети і карти спостережень, до яких входить 181 запитання. Ця методика має два рівні складності відповідно до того, з якими дітьми вона буде проводитися. Перший варіант (РАС-S/P) має на меті визначення не складних навичок дитини. У випадку, якщо дитина показує 100% динаміку, по першому варіанту, її переводять на другий рівень і застосовують методику РАС-1, до якої входить 120 запитань, які порівняно вищі за характером навичок, що перевіряються експериментатором. Цей варіант направлений на оцінку розвитку більш різних навичок у дитини.

Характеристика контингенту досліджуваних дітей

№ з/п	Ім'я дитини	Вік	Діагноз
1.	Настя Ж.	13 р.	ДЦП, спастична диплегія, F71
2.	Денис К.	15 р.	ДЦП, спастична диплегія, псевдобульбарний синдром, когнітивна недостатність тяжкого ступеня
3.	Віка Л.	17 років	Хвороба Дауна. Затримка темпів психомовленнєвого розвитку. Розумова відсталість тяжкого ступеню.
4.	Богдан М.	9 р.	ДЦП, спастична диплегія, помірна розумова відсталість
5.	Таня Н.	9 років	Синдром Дауна, виражена затримка психомовленнєвого розвитку
6.	Олег Ф.	14 р.	ДЦП, спастичний тетрапарез з ураженням нижніх кінцівок, тяжка розумова відсталість
7.	Максим Ш.	5 років	Синдром Дауна
8.	Настя Ш.	10 р.	ДЦП, мікроцефалія, спастичний тетрапарез з переважним ураженням правих кінцівок. ЗПМР. Симптоматична епілепсія

Виходячи з рівня розвитку дітей, було використано більш простий варіант «Соціограми» (РАС-S/P). Пропонована соціограма була адаптована відповідно до поставлених завдань та організації діагностичного обстеження даної групи дітей. Використовувались лише дві шкали, що стосуються соціально-побутової адаптації: рівень розвитку навичок самообслуговування та соціальної адаптації

Анкета методики „СОЦІОГРАМА" (форма РАС-S/P)

Самообслуговування

Харчування

1. Ковтає не густу їжу.

2. Гарно приймає їжу через соску.
3. Бере кашу губами з ложки.
4. Ковтає перемелену їжу.
5. Кладе ложку, до рота, самостійно, якщо його/її руку ложкою піднесли до рота.
 6. Під час їжі, руку підводить до рота, хоча ложку тримає сам.
 7. Жує (кусає печиво, сухарі, цукерки тощо).
 8. Відкушує (хліб, батон, кекс тощо).
 9. Підносить наповнену ложку до рота (частину їжі розкидає, брудниться).
 10. П'є з чашки за допомогою інших.
 11. Жує без проблем будь-яку їжу.
 12. Бере шматочки хліба і кладе їх до рота.
 13. Самостійно наповнює ложку, підносить її до рота, але при цьому брудниться.
 14. Тримає повну ложку сам.
 15. Їсть ложкою без сторонньої допомоги.
 16. Бере свій хліб в руку і відкушує.
 16. Бере свій хліб в руку і відкушує.
 17. Їсть виделкою різану їжу.
 18. У змозі щось собі налити, попити без сторонньої допомоги (з маленької пляшки, чайничка тощо).
 19. Самостійно бере їжу ложкою.
 20. Використовує ніж для того, щоб щось намазати.
 21. Може самостійно принести, налити і пити напої, воду з чашки, з під крана тощо.

Туалет і вмивання

1. Самостійно сидить на горщику (на унітазі).
2. Самостійно ходить на горщик (на унітаз), коли сидить на ньому.

3. Самостійно ходить досить часто на горщик (унітаз), якщо частіше на нього садити.

4. Може ходити в туалет регулярно у певний час.

5. Напротязі дня дитина суха і чиста, але потрібно регулярно водити її в туалет.

5. Показує або говорить, що хоче в туалет (потрібна допомога при роздяганні і одяганні).

6. Самостійно ходить в туалет, але потребує допомоги при користуванні туалетним папером.

7. Тримає руки під водою, яка тече, тре їх одна об одну.

8. Витирає руки рушником.

роздягання і одягання

1. Робить перші спроби допомоги при роздяганні.

2. Робить перші спроби допомоги при одяганні.

3. Тримає руки і ноги, якщо його/її роздягають.

4. Робить спроби самостійно роздягнутись і одягнутись.

5. Надягає за вказівкою окремі частини одягу.

6. Може надягнути широкі штани або светр (потребує незначної допомоги).

7. Може, за вказівкою, застібати прості застібки (блискавку, великі гудзики,).

8. Самостійно надягає прості предмети одягу (при цьому не обов'язково правильно).

Соціальна пристосованість (активність)

9. Заспокоюється, коли до нього/неї ласкаво торкаються або змінюють положення тіла.

10. Реагує на звернене мовлення.

11. Реагує на вираз обличчя, наприклад: посміхається у відповідь (встановлює на декілька секунд зоровий контакт).

12. Відрізняє вимогливий тон від ласкавого.

13. Показує радісне збудження, якщо з ним/нею граються.
14. Грається в гру «ку-ку» (знімає хустинку з голови) або в інші перші ігри-спілкування.
15. Поводить себе по-різному зі знайомими і незнайомими людьми.
16. Спостерігає за дорослими, якщо ті граються з іншими.
17. Робить спроби наслідувати в іграх «полетіли-полетіли, на голову сіли».
18. Повторює дії, за які його/її хвалили.
19. Повторює прості жести (махає рукою – «до побачення»).
20. Може звернути на себе увагу з допомогою шуму, який сам/сама організовує, жестів, міміки, відповідних звуків.
21. Хапає за простягнену до нього/неї руку.
22. Починає реагувати на гру, наприклад, покатати м'ячик.
23. Підходить до інших дітей і хапає їх.
24. Виражає симпатію і антипатію (гладить або відштовхує).
25. Цікавиться своїм дзеркальним відображенням.
26. Впізнає якісь зі своїх предметів.
27. Притискає до себе і гладить ляльку або які м'які іграшки.
28. Любить, коли показують книжки з картинками.
29. Грається поряд з іншими. Але не разом.
30. Наслідує повсякденну діяльність (допомагає підмітати, накривати на стіл тощо).
31. Проявляє перші спроби спільної гри з іншими дітьми.
32. Підпорядковується простим ігровим правилам.

При проведенні діагностичної роботи з використанням методики «Соціограма» спирались на результати спостереження за дітьми, а також бесід з фахівцями, які працюють з дітьми, і батьками.

Бланк карти спостережень методики заповнюється наступним чином: якщо звичка, яка відповідає певному запитанню сформована – поле, з її номером, зафарбовується синім олівцем (2 бали), якщо сформована частково

- червоним (1 бал), якщо зовсім не сформовано - поле залишається чистим (0 балів).

Дослідження дітей з синдромом Дауна проводилось на основі діагностичних карт програми «Маленькі сходинки» (розділ «Самообслуговування та соціальні навички») [35, с 24]. Оцінювання проводилось за тією ж системою, що була використана в методиці «Соціограма».

Рівень сформованості навичок визначався на початку дослідження, в квітні 2019 р. та жовтні 2020 р., та у після проведення відповідної корекційно-розвивальної роботи.

Математична обробка отриманих результатів передбачала визначення середньої оцінки по групі дітей, а також відсоткового відношення суми отриманих балів до максимальної можливої оцінки.

2.4. Результати дослідження стану сформованості соціальних навичок дітей з психофізичними вадами

Проведення діагностичного обстеження на різних етапах корекційної, реабілітаційної, навчально-виховної роботи покликане оптимізувати вплив на дітей, забезпечити використання адекватних методів і форм роботи.

Середня оцінка рівня сформованості навичок самообслуговування по групі дітей з ДЦП та розумовою відсталістю склала 44,4%, навичок соціальної адаптації - 47,1%. В групі дітей з синдромом Дауна середній рівень сформованості навичок соціальної адаптації склав 25%.

Аналізуючи результати оцінки соціальних навичок у досліджуваних дітей з тяжкою та помірною розумовою відсталістю, необхідно відмітити, що найкраще сформовані навички самообслуговування, а саме: одягання, роздягання, санітарно-гігієнічні навички привиті майже всім дітям, лише окремим вихованцям необхідно нагадувати про те, щоб вони своєчасно сходили в туалет. Менше сформовано навички самообслуговування під час

прийому їжі. Є певні проблеми з охайністю та вмінням користуватися столовими приборами.

Діти користуються за столом ложками, але труднощі виникають при використанні ножа, виделки, а також коли треба необхідності перелити рідину. Це обумовлюється тим, що розумова відсталість різного ступеню ускладнена дитячим церебральним паралічем з наявністю парезів.

Характеризуючи соціальну адаптацію вихованців, необхідно зазначити, що ці діти майже не цікавляться своїм відображенням у дзеркалі, не звертають уваги на інших дітей, на простягнуті до них руки. У вихованців ще не виникає бажання наслідувати діяльність, яку виконує дорослий. У більшості вихованців несформовані навички дотримання правил у процесі гри, не виникає бажання гратися спільно. Лише у двох дітей присутнє зв'язне мовлення (Настя Ж. та Богдан М.), відповідно, соціальні навички в них сформовані краще.

Рівень сформованості соціальних навичок досліджуваних дітей при первинному обстеженні наведений на рис. 2.1 та 2.2.

У Насті Ж. під час першого обстеження найбільш сформованими були наступні навички самообслуговування: вживання їжі, санітарно-гігієнічні навички, роздягання та одягання. Дівчинка дотримується норм особистої гігієни зі сторонньою допомогою (оскільки дитина сама не стоїть, її необхідно підтримувати). У дівчинки присутнє зв'язне мовлення і це покращує спілкування з оточуючими.

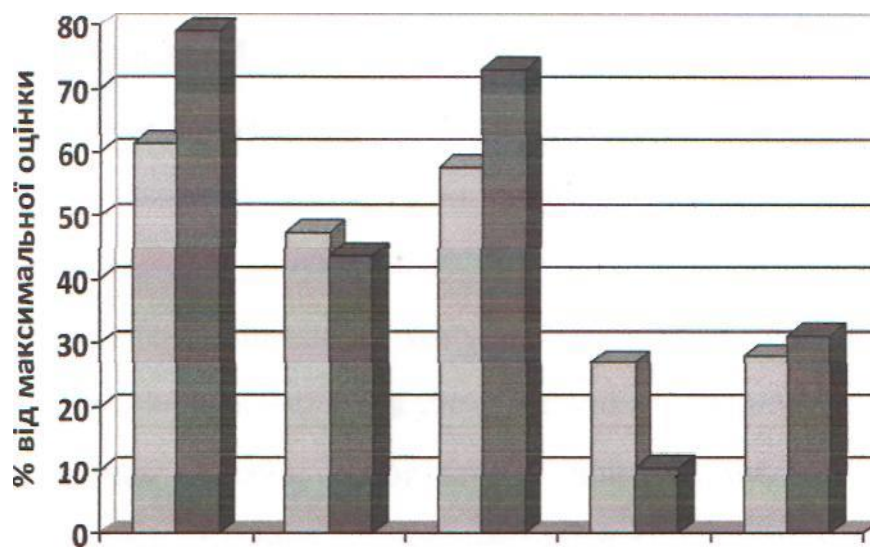
Денис К. спроможний до окремих операцій самообслуговування: мие руки, витирає рушничком, вішає його на місце, відвідує туалет, але все під контролем та із допомогою.

Дитина розуміє звернене мовлення, але не розмовляє, спілкується жестами, звуками. Вміє пересуватися самостійно, ходить без підтримки з опорою на пальці, часто перечіпається, падає, самостійно піднімається за допомогою опори.

У Богдана М. більшість навичок самообслуговування та соціальної адаптації присутні, але в багатьох ситуаціях він потребує допомоги дорослих.

У Насті Ш. при первинному обстеженні більшість навичок самообслуговування були несформовані, на стадії формування знаходились уміння користуватися туалетом та умивання.

В Олега Ф. було сформовано деякі навички самообслуговування з харчування, користування туалетом, культурно-гігієнічні навички. Хлопець виконував всі дії за допомогою дорослих.



Настя Ж. Денис К. Богдан М. Настя Ш. Олег Ф.

□ самообслуговування ■ соціальна адаптація

Рис. 2.1. Рівень сформованості навичок самообслуговування та соціальної адаптації у дітей з ДЦП та розумовою відсталістю

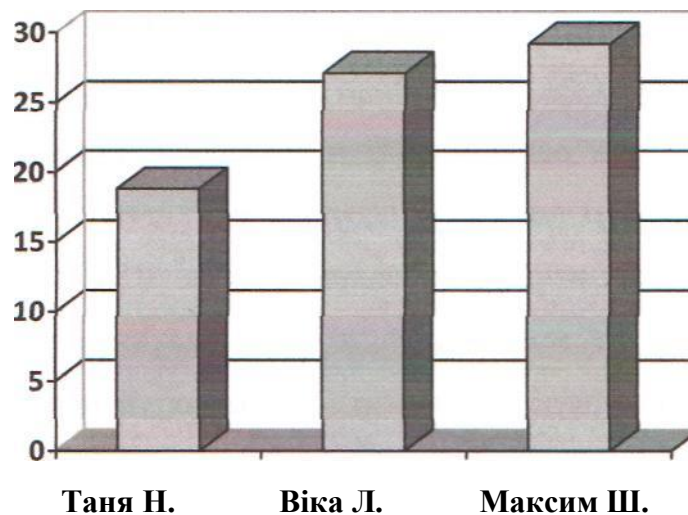


Рис. 2.2. Рівень сформованості навичок самообслуговування та соціальної адаптації у дітей з синдромом Дауна

У дітей з синдромом Дауна при первинному обстеженні був заявлений низький рівень адаптованості. Майже половина досліджуваних навичок були відсутні, лише окремі були сформовані на достатньому рівні - здатність самостійно їсти, наявність друзів.

Виходячи зі структури дефекту при синдромі Дауна, окрему увагу було приділено вивченню комунікативних навичок цих дітей. Так, у Тані Н. зв'язне мовлення відсутнє, дівчинка може повторити деякі короткі слова ("на", "дай", "поехали", при цьому іноді використовує ненормативну лексику. Таня неслухняна, на зауваження не реагує. Перевагу надає самостійній грі, грається з посудом, ляльками, м'якими іграшками. Іграшки використовує за призначенням. Відкрита до спілкування, але друзів у неї немає.

Віка Л. контактує з дорослими вибірково. У дівчини спостерігається замкнутість, байдужість до оточуючого середовища, бувають випадки агресії. Фразове мовлення у дівчини відсутнє, вона вимовляє окремі звуки та слова. Розуміє звернене мовлення на побутовому рівні. Віка впізнає своїх рідних, знайомих людей, працівників Центру. З дітьми не грається. Грає сама деякими іграшками нетривалий час, а потім розкидає їх в різні сторони. Слухає музику, погойдується під такт музики.

У Максима Ш. зв'язне мовлення відсутнє, але він легко вступає в контакт з працівниками Центру, знайомими та незнайомими людьми. Звернене мовлення розуміє. Коли з ним вітаються, подає руку, робить «повітряний поцілунок» на прощання. Хлопчик легко вступає в контакт з однолітками під час ігрової діяльності. Крім цього, зосереджено працює з планшетом, розуміється на комп'ютерних іграх.

Оцінка навичок самообслуговування та соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями дозволив визначити ступінь залежності дитини від сторонньої допомоги, визначити її реабілітаційний потенціал, чітко спланувати методи та засоби реабілітації.

2.3. Зміст та результати корекційно-розвивальної роботи з формування соціальних навичок дітей з психофізичними вадами

В Інклюзивному ресурсному центрі розроблені покрокові алгоритми прищеплення навичок самообслуговування та побутової адаптації для дітей з обмеженими можливостями. Процес формування соціальних навичок у дітей відбувається через заняття, режимні моменти, іпотерапію, бесіди, спостереження, ігри, колективно-побутову працю, свята та розваги тощо.

Після проведення діагностики, на основі отриманих результатів було розроблено корекційно-розвивальну програму соціальної адаптації у дітей з ДЦП та дітей з синдромом Дауна (табл. 2.2).

Враховуючи стан сформованості соціальних навичок досліджуваних дітей, їх структуру дефекту та вікові особливості, було обрано наступні теми: «Моє ім'я та прізвище», «Збираємося в гості», «Я, ти, він, вона - разом дружна сім'я», «Вчимося ходити в туалет», «Мої фотографії», «Лягаємо спати», «Моє тіло», «Миємо ручки», «Хлопчики-дівчатка», «Вчимося правильно їсти», «Мамин помічник», «Дзеркало-дзеркало», «Мої друзі і я», «Одягаємося- роздягаємося».

Формування навичок, необхідних для соціальної адаптації, відбувалося як на спеціальних заняттях, так і під час інших занять, гри, у спеціально організованій вільній діяльності. У режимних моментах активізується робота щодо прищеплювання навичок своєчасного і повного задоволення органічних потреб дітей, виховання позитивного ставлення до будь-якого з процесів; систематично і планомірно прищеплюються

Таблиця 2.2

Зміст програми з розвитку соціальних навичок дітей з психофізичними вадами

Мі-сяць	Тема занять	Цілі і завдання
1	2	3
Жовтень	Діагностичне обстеження дітей	Виявлення рівня розвитку соціальної адаптації дітей
	Моє ім'я та прізвище	- Відгукуватися і називати своє ім'я; - Відгукуватися на своє прізвище; - Формувати в дітей потребу емоційно-особистісного контакту з дорослим.
Листопад	Збираємося в гості	- Формувати у дітей навички самостійного одягання; - Вчити просити дорослих про допомогу при ускладненнях з одягом.
Січень	Я, ти, він, вона - разом дружна сім'я	- Впізнавати свою маму серед інших людей; - Формувати тактильно-емоційні способи вираження почуття прихильності до матері і членам сім'ї (обнімати, цілувати, тримати за руку, посміхатися)
Січень	Вчимося ходити в туалет	- Вчити дітей користуватися туалетом – проситися на горщик, знімати і надягати труси, колготки; - Вчити дякувати дорослих за надану допомогу.
	Мої фотографії	- Впізнавати себе на фотографії; - Показувати на них маму і членів сім'ї; - Формувати розуміння і відтворення вказівного жесту рукою і вказівним пальцем

	Лягаємо спати	- Формувати у дітей навички самостійного роздягання; - Вчити акуратно складати зняту з себе одяг.
Лютий	Моє тіло	- Вчити показувати по називання частини свого тіла (голова, тулуб, руки, ноги); показувати на обличчі очі, рот, ніс, на голові - вуха, волосся.
	Миємо ручки	- Вчити всім послідовним діям, пов'язаним з миттям рук: засукувати рукави перед умиванням, мити руки й обличчя, витиратися своїм рушником, стежити, щоб руки були чисто вимиті і насухо витерті.
	Хлопчики - дівчатка	- Вчити ідентифікувати себе за статтю; - Формувати про статевої приналежності дитини (хлопчик - син, дівчинка - дочка)
	Вчимося правильно їсти	- Формувати навик акуратної їжі – користуватися чашкою, тарілкою, ложкою, серветкою; - Вчити правильно поводитися за столом.
Березень	Мамин помічник	- Формувати інтерес до повсякденних побутових справ; - Вчити надавати посильну допомогу (прибирати зі столу посуд, допомогу при збиранні)
	Дзеркало - дзеркало	- Вчити дітей розглядати себе в дзеркалі, виправляти недоліки в одязі або зовнішності (витерти губи, поправити зачіску, заправити сорочку в штани і т.д.);
	Мої друзі і я	- Знайомити дітей з іменами однолітків, вчити називати їх по імені, впізнавати на фотографії; - Емоційно реагувати на присутність однолітків і їх дії.
	Одягаємося – роздягаємося	- Закріплювати навичку роздягання і одягання;

культурно-гігієнічні навички, розвивається самостійність, а так само традиційна культура поведінки.

На заняттях з соціального розвитку педагогами вводяться і закріплюються основні поняття, дії, правила поведінки, які в подальшому будуть закріплюватися за допомогою інших засобів формування соціальної адаптації у дітей з розумовою відсталістю.

Після завершення реалізації корекційно-розвивальної програми, у жовтні 2020 року, було проведено повторну діагностику стану сформованості соціальних навичок за тими ж методиками.

Всі досліджувані діти продемонстрували позитивну динаміку соціального розвитку. Зміни середнього рівня сформованості досліджуваних навичок наведені на рис. 2.3.

У дітей з ДЦП і розумовою відсталістю позитивна динаміка найбільшою мірою проявилась для таких навичок самообслуговування, як самостійне прийняття їжі з використанням ложки, повідомлення про бажання піти в туалет, участь у роздяганні. Діти частіше стали проявляти радісне збудження під час гри з дорослим, цікавитись книжками з картинками, краще повторювати прості жести і наслідувати повсякденну діяльність. Слід зазначити, що у Дениса К. проявився незначний регрес у реакції на звернене мовлення, гри з сюжетними іграшками, що може пояснюватись процесом статевого дозрівання, що є ендогенною причиною декомпенсації.

За результатами обстеження двом дітям, Насті Ж. та Богдану М., у яких рівень сформованості навичок самообслуговування досягнув 82,0% та 83,3%, навичок соціальної адаптації - 93,8% та 97,9% відповідно, рекомендовано з нового навчального року проведення більш складнішого обстеження за формою РАС-1.

У дітей з синдромом Дауна було зафіксовано позитивну динаміку початкових умінь самообслуговування, а також комунікативних навичок (рис 2.3).

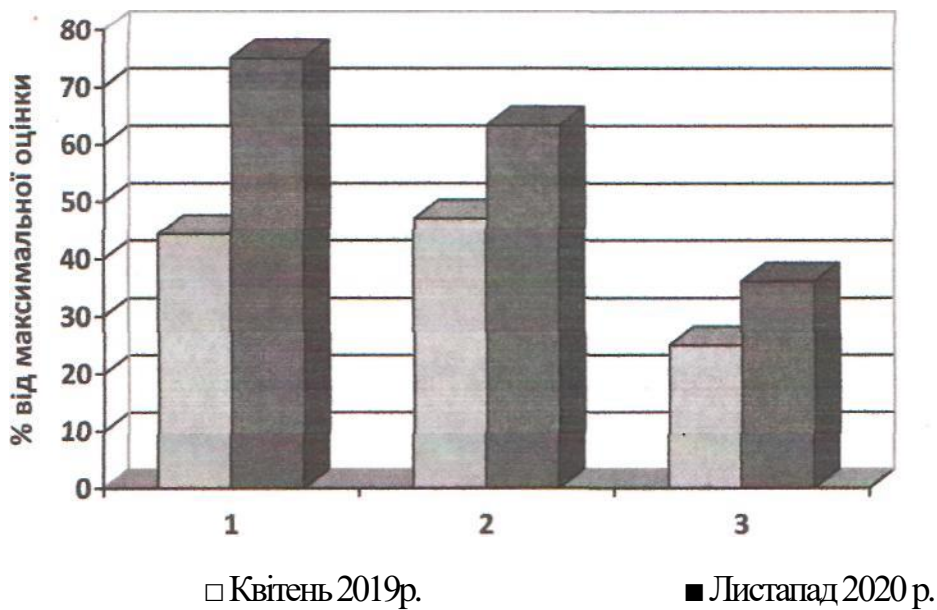


Рис. 2.3. Динаміка рівня сформованості досліджуваних навичок у дітей з психофізичними вадами: 1 - навички самообслуговування у дітей з ДЦП; 2 - навички соціальної адаптації у дітей з ДЦП; 3 - навички самообслуговування та соціальної адаптації у дітей з синдромом Дауна.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило необхідність приділення значної уваги процесу формування соціальних навичок у дітей з психофізичними вадами та ефективність цілеспрямованої корекційно-розвивальної роботи в умовах реабілітаційного центру, побудованої з урахуванням результатів діагностики рівня розвитку умінь і навичок дітей.

Враховуючи складність структури дефекту вихованців Центру соціальної реабілітації дітей з психофізичними вадами, робота з формування і вдосконалення соціальних навичок повинна тривати і надалі. Завданням цієї роботи буде закріплення сформованих навичок, розвиток самостійності дітей, а також введення нових навичок, які відповідають рівню розвитку кожної дитини.

Слід зазначити, що обов'язковою умовою оптимально організованого корекційно-педагогічного процесу є залучення сім'ї. Сім'я повинна брати активну участь у розвитку дитини, чітко виконувати завдання спеціалістів. Позитивне сімейно-суспільне ставлення та предметно-просторове оточення

суттєво покращують формування життєвої компетентності особистості. Також необхідно розширити інтегративні підходи та забезпечити індивідуалізацію навчання вихованців Центру, максимально реалізувати особистісний розвиток кожної дитини.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ЦЕНТРУ

Поява у нашій країні системи реабілітаційних закладів для дітей з обмеженими можливостями, зумовила необхідність створення умов, для використання збереженого фізичного та інтелектуального потенціалу, впровадження та розробки у практику соціальної допомоги нових методів і форм роботи з цією категорією осіб. При цьому специфіка роботи соціальних педагогів, в таких центрах, розглядалася не як альтернативна нинішній системі спеціального навчання, виховання та соціального захисту, а така, що є допоміжною, з метою інтеграції дітей з обмеженими можливостями та молодих інвалідів у соціум, створення для них рівних можливостей. Діяльність соціального педагога повинна бути, насамперед, направлена на гармонізацію особистості дитини з обмеженими можливостями в соціумі та здійснюватися в загальному контексті соціальної реабілітації [1].

Особливості роботи соціальних педагогів, коли враховуються особливі потреби молодшої людини або дитини реалізуються на рівні індивідуальної роботи, психофізичних можливостей, специфіка рівня життєдіяльності, розвитку інтелектуальної та духовної сфер дитини.

В реабілітаційних центрах основу соціального обслуговування, становить мобілізація джерел психологічної, правової та соціально-педагогічної допомоги дітям з обмеженими можливостями та членам їхніх сімей. Реалізація цього напрямку роботи, яка виховує дитину з обмеженими можливостями; здійснюється через проведення соціально-педагогічного патронажу сім'ї, соціальну допомогу молодим інвалідам, які мають потреби у лікуванні, фінансовій підтримці догляді. Зміст роботи фахівця соціально-реабілітаційного центру, допомоги дітям з обмеженими можливостями полягає:

1) у наданні соціальних послуг у догляді і нагляді за непрацездатними інвалідами, забезпеченні ліками, наданні їм допомоги у пересуванні, продуктами харчування, одягом, бібліотечному обслуговуванні з залученням добровільних помічників;

2) наданні інформаційно-консультативних послуг з правових питань, медичної реабілітації, працевлаштуванні, організації культурно-дозвільної діяльності, відновленні соціального здоров'я, наданні допомоги у вирішенні проблем соціальної адаптації та реадаптації, розв'язанні проблем соціальних відхилень та соціального неблагополуччя, які є наслідком інвалідності через проведення індивідуального психологічного консультування, консультацій з правових питань тренінгів особистісного зростання, та інше;

3) стимулюванні само та взаємопідтримуючої діяльності шляхом появи груп взаємодопомоги [4].

Роль соціального педагога полягає і в тому, щоб створити особливу атмосферу в реабілітаційному центрі. Терапія атмосферою займає лідируюче місце в організації способу життя інвалідів молодого віку. Основним напрямком є створення активного, діючого середовища перебування, що спонукає молодих пацієнтів на самозабезпечення, «самодіяльність», відхід від утриманських настроїв та гіперопіки.

Для реалізації ідеї активізації середовища, використовують аматорські заняття, зайнятість працею, спортивні заходи, навчання професіям, суспільно корисну діяльність, організацію змістовно-розважального дозвілля. Такий перелік методів поза домом проводиться лише соціальним педагогом. Важливо, щоб весь персонал був орієнтований на зміну методів роботи установи, у якому знаходяться молоді пацієнти. У зв'язку з цим, соціальному педагогові необхідне володіння прийомами і методами роботи з особами, що обслуговують хворих у центрах. З урахуванням таких задач, соціальний педагог повинний знати функціональні обов'язки допоміжного і медичного персоналу. Він повинен уміти виявити загальне, подібне в їхній діяльності і застосовувати це для створення терапевтичного середовища.

Для створення позитивного терапевтичного середовища, не тільки психолого-педагогічного плану соціальному педагогові необхідні знання. Нерідко приходиться вирішувати питання і юридичні (трудового регулювання, цивільного права, майнові та інше.). Сприяння або рішення у вирішенні цих питань, буде сприяти нормалізації, соціальній адаптації, взаємин хворих, а можливо, і їхньої соціальної інтеграції.

Ступінь соціально-психологічної адаптації пацієнтів, значною мірою, визначається їхнім ставленням до своєї хвороби. Воно виявляється або раціональним відношенням до захворювання, або запереченням хвороби, або «відходом у хворобу». Останній варіант, виражається в появі пригніченості, відгородженості, у постійному самоаналізі, у відході від реальних інтересів та події. У цих випадках важлива роль соціального педагога як психотерапевта, який використовує різні методи відволікання пацієнта від песимістичної оцінки свого майбутнього, орієнтує на позитивну перспективу, переключає на повсякденні інтереси.

Роль соціального педагога полягає і в тому, щоб організувати соціально-психологічну та соціально-побутову адаптацію інвалідів з урахуванням вікових інтересів, особистісно-характерних особливостей різних категорій дітей.

Участь соціального педагога в реабілітації інвалідів носить багатоаспектний характер, що являє не тільки поінформованість у законодавстві, різнобічну обізнаність, але і наявність відповідних особистісних якостей, що дозволяють дитині з обмеженими можливостями довірливо відноситися до цієї категорії працівників.

Таким чином, роль фахівця з соціальної реабілітації величезна відносно допомоги сім'ї, дитині з обмеженими можливостями. Він виступає як консультант, який вислуховує прохання, дає поради в рамках своєї компетенції, є одним з головних джерел інформації з правових, соціальних та інших питань, які торкаються і дитини з обмеженими можливостями, та її

сім'ї; повідомляє адреси різних установ і служб; виконує зв'язуючу роль між сім'єю і різними установами і службами як на місцевому, так і іншому рівні.

Для конкретної реалізації блоку цих задач центром розробляються тести, анкети, методики і програми роботи з дітьми з обмеженими можливостями; проводиться робота щодо оснащення телекомунікаційної системи (комп'ютер, програмне забезпечення, модем); удосконалюється система технічного оснащення сучасними засобами діагностики і тестування дітей, інформаційних технологій навчання.

Для реалізації поставлених задач, центр повинен здійснювати наступну діяльність: 1) проводити педагогічну, інтеграційну роботу на експериментальних майданчиках по інноваційних напрямках роботи з дітьми з обмеженими можливостями; 2) вирішувати питання забезпечення дидактичними матеріалами, комп'ютерними програмами, програмами і методиками навчально-педагогічної роботи, тощо.

Блок прагматичної школи. Даний блок може бути представлений підготовкою дитини з обмеженими можливостями до незалежного життя. До нього відносять початкове та професійне навчання по конкурентноспроможних професіях, навчання надомній праці і створення фонду оптимізації надомної праці, переважно у галузі народних і декоративно-прикладних мистецтв, а також в комп'ютерній, інформаційній галузі.

Центр у своїй роботі активно може сприяти розширенню і створенню підсобних господарств, мережі навчально-виробничих майстерень, за допомогою яких, діти можуть одержати необхідні спеціальність і навички, допомогти в технологічному оснащенні надомної праці.

Інженерний блок. Основою створення цього блоку стає істотне зростання насиченості сучасного інформаційно-орієнтованого навчального процесу, використання складного корекційного і діагностичного устаткування. Це розширення потенційних можливостей пацієнтів за допомогою реабілітаційних технічних засобів. У даному випадку

реабілітаційному центру пропонується вирішувати питання забезпечення необхідним устаткуванням для виготовлення і конструювання в місцевих умовах пристосувань, пристроїв, систем, тренажерів, що розширюють можливості дитини з обмеженими можливостями.

Блок медичного оздоровлення. Природне бажання батьків, що мають дітей з обмеженими можливостями, – це медичне оздоровлення дітей, спрямоване на компенсацію і відновлення утрачених або порушених функцій організму.

У реабілітаційному центрі необхідно проводити роботу щодо удосконалення та створення оздоровчих кабінетів нетрадиційної медицини, розробляти методики і системи медичного оздоровлення незвичайних дітей.

Блок духовного розвитку – це допомога в духовному розвитку, вихованні дитини з обмеженими можливостями у дусі порядності, добра, гідності і честі; організація культурно-дозвільної діяльності дітей та їх родин в атмосфері турботи і розуміння, любові.

У роботі центру також рекомендується використовувати програму створення мережі надомних виробництв, яка складається з двох частин – організаційної та освітньої.

Організаційна частина полягає в тому, що фахівець не лише планує, організує та проводить заняття з дитиною, а й обговорює періодично з батьками досягнуті результати, невдачі і успіхи, разом аналізують всі незаплановані події, які відбулися за період реалізації програми. Лише після цього, команда фахівців розробляє програму реабілітації на наступний період.

Така програма реабілітації передбачає не лише сприяння розвитку дитини, психологічну підтримку сім'ї, набуття батьками спеціальних знань, допомогу сім'ї щодо можливості відпочити, відновлення сил тощо.

Кожен період програми має окремі цілі, мету, оскільки робота проводиться за різними напрямками і з залученням різних спеціалістів.

До особливостей освітньої частини програми варто віднести практичну (прагматичну) спрямованість навчання хворих і їхніх родин. Застосування основних принципів художньо-естетичного спрямування сприяє отриманню дитиною з обмеженими можливостями основ майбутньої професії, пов'язаної з декоративно-прикладними і народними мистецтвами або іншою конкурентною спеціальністю. Використання природного матеріалу – є основою розвиваючого художнього навчання дітей з обмеженими можливостями [9].

Організаційна частина програми – це комплекс заходів щодо функціонування і оснащення системи робочих місць надомного виробництва: маркетингові дослідження ринку збуту продукції; придбання, установка і запровадження в дію необхідного устаткування, пристосувань і інструментів; фінансово-бухгалтерський супровід; збут продукції; комплектування заготовками, сировиною, матеріалами;

Згодом можливе виділення окремих виробництв у самостійні господарські товариства, виробничі кооперативи або суспільства.

Таким чином, основним показником педагогічної ефективності освітньої частини програми є позбавлення комплексу неповноцінності, підготовка дітей з обмеженими можливостями до життя в нормальному соціальному середовищі, формування пізнавального інтересу дітей з обмеженими можливостями до декоративно-прикладного і народного мистецтва, самостійності, творчої активності, нових інформаційних технологій, дбайливого відношення до пам'ятників культури і природи, розуміння ролі мистецтва в житті суспільства, у його духовному розвитку [15].

ВИСНОВКИ

1. Рання соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями, порівняно з ізольованим інтернатним вихованням є ефективною і прогресивною соціальною технологією, яка дозволяє відновити фізичний, соціальний і психологічний статус дитини з обмеженими можливостями більш якісно при значно менших фінансових витратах, основна частина яких (одяг, на харчування, комунальні послуги та інше) здійснюється сім'єю.

2. Створення системи ранньої соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями при функціонуванні професійної, соціальної та медичної реабілітації осіб з обмеженими психічними і фізичними можливостями дає змогу завершити формування цілісної реабілітаційної системи, спільними зусиллями спрямувати їх на допомогу дітям з обмеженими можливостями, проводити цілеспрямовану загальнодержавну політику запроваджувати новітні реабілітаційні методики,.

3. Соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями – сучасних систем соціальної допомоги і соціального обслуговування одне з найбільш важких і важливих завдань. Неухильне зростання числа хворих, з однієї сторони, збільшення уваги до кожного з них – незалежно від його фізичних, інтелектуальних чи психічних здібностей – є характерним для громадянського, демократичного суспільства, з третьої, – все це визначає важливість соціально-реабілітаційної діяльності з іншої уявлення про підвищення цінності особистості і необхідності захищати її права, що.

4. Реабілітаційні заходи стосовно дітей з обмеженими можливостями мають розширюватись за рахунок розвитку сфери соціальної реабілітації, , щоб діти з обмеженими можливостями в ранньому віці могли максимально розвинути свої природні здібності яка повинна починатися досить рано без відриву від сім'ї і в подальшому своєчасно та найбільш повно інтегруватися в суспільство.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочелюк, В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. [Електронний ресурс] / В. Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
2. Грачев Л. К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Л. К. Грачев // Социальное обеспечение. – 2005. – №9. – С. 11
3. Декларация о правах инвалидов. Принята 09.12.1975 Резолюцией 3447 (XXX) на 2433-ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН.
4. Дементьева Н. Ф. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей / Н. Ф. Дементьева, Э. В. Устинова. – М. : Институт социальной работы, 2005. – 176 с.
5. Дементьева Н. Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Н. Ф. Дементьева, Г. Н. Багачева, Т. Н. Исаева. – М. : Академия, 2006. – 278 с.
6. Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан / Н. Ф. Дементьева, Э. В. Устинова. – М. : ЦИЭТИН, 2001. – 217 с.
7. Дремова Г. В. Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП / Г. В. Дремова, П. Л. Соколов, В. И. Столяров // Спорт, духовные ценности, культура. – М., 1997. – Вып. 8. – С. 130-174.
8. Закон України „Про реабілітацію інвалідів в Україні”. – Режим доступу : <http://www.kmv.gov.ua>.
9. Закон України „Про соціальної захищеності інвалідів в Україні”. – Режим доступу : <http://www.kmv.gov.ua>.
10. Каган Л. Реабілітація – шлях до інтеграції у суспільне життя / Л. Каган // Соціальний захист. – 2004. – №12. – С. 12 – 16.

11. Капська А. Й. Соціальна робота: навч. посібник / А. Й. Капська. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.
12. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник. – Київ : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
13. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – 96 с.
14. Лукіна Л. М. Практична дельфінотерапія / Л. М. Лукіна // Практична психологія та соціальна робота. – 2010. – №4. – С. 47-58.
15. Любота В. В., Солопай С. В., Біланик Н. В., Пшенічна В. С. Інтегрований театр для молоді з розумовою відсталістю / О. В. Стецков. – К.: ІКЦ Леста, 2002. – 48 с.
16. Мошняга В. Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / В. Т. Мошняга // Технологии социальной работы /Под. общ. ред. Е. Холостовой. – М. : Инфра-М, 2003. – 418 с.
17. Основы реабилитации инвалидов в системе социальной работы // Развитие социальной реабилитации в России. – М. : ИНФРА-М, 2000. – 219 с.
18. Панов А. М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями – эффективная форма социального обслуживания семьи и детей / А. М. Панов // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. – М. : Владос, 2003. – 127 с.
19. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь. – К. : ДЦССМ, 2002. – 217 с.
20. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів: Колесо, 2008. – 144 с.
21. Селевко Т. К., Селевко Л. Г. Социально-воспитательные технологии / Т. К. Селевко, Л. Г. Селевко // Народное образование. – 2002. – №4. – С. 140 – 142.

22. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста / Под ред. Е. И. Холостовой, А. И. Осадчих. – М. : ИНФРА-М, 1996. – 478 с.
23. Соціальна реабілітація дітей та молоді з особливими потребами / Інформаційно-методичний збірник. – Одеса : ООЦССМ, 2001. – 162 с.
24. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навч.-метод. посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / За ред. А. Й. Капської. – К. : ДЦССМ, 2003. – 168 с.
25. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – 178 с.
26. Технології соціально-педагогічної роботи: Навч. посібник / За заг. ред. А. Й. Капської. – К. : Логос, 2000. – 218 с.
27. Фирсов М. В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы / М. В. Фирсов, Е. Г. Студенова. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 489 с.
28. Холостова Е. И. Социальная реабилитация. Учебное пособие / Е. И. Холостова. – М. : Изд-во корпорация «Дашков и К°», 2002. – 421 с.
29. Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов / Л. П. Храпылина. – М. : Академия, 2006. – 167 с.
30. Шведов А. Відкрита модель соціальної реабілітації / А. Шведов // Повір у себе. – 2002. – №45. – С. 21 – 24.
31. Щербакова К. В. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва: Навч. посібник / К. В. Щербакова, Ж. В. Петрочко К. : Сфера, 2002. – 178 с.