

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ, СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ
ТА СОЦІОЛОГІЇ**

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ В
УМОВАХ ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка 4 курсу
Спеціальності 231 Соціальна робота. Соціальна педагогіка
Освітньо-професійної програми «Соціальна робота»
Світлана ТРОЯН
Керівник: Ольга ФЕДОРОВА, доцентка
Рецензент: Світлана БАБАТІНА, доцентка

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи вивчення комплексної реабілітації	6
1.1 Реабілітація, її завдання, принципи і засоби.....	6
1.2 Визначення поняття « інвалідність».....	15
РОЗДІЛ 2. Організація комплексної реабілітації в умовах Центру соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю	21
2.1. Інноваційні технології комплексної реабілітації в Центрі соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.....	21
2.2 Впровадження нових підходів до соціально-трудової реабілітації в умовах Центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.....	26
ВИСНОВКИ	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	35
ДОДАТКИ	39
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності.....	39
Додаток Б. Організаційно-методичні засади здійснення комплексної реабілітації учнів (вихованців) у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах.....	40

ВСТУП

Актуальність дослідження. На теперішній час серед безлічі соціальних проблем, що стоять перед державою, існує проблема соціальної реабілітації дітей з інвалідністю і дітей з обмеженими можливостями здоров'я (ОВЗ) як найбільш вразливої частини населення, яка потребує уваги та допомоги з боку суспільства. У нашій країні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція зростання числа дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Поява на світ таких дітей за неповні два десятиліття збільшилася в два рази. Гостро стоїть питання про своєчасне виявлення дітей з різними патологіями на ранніх етапах розвитку, про своєчасне отримання ними комплексної допомоги, що сприяє задоволенню їх особливих потреб. Багато дітей з інвалідністю виховуються в неповних, малозабезпечених сім'ях, які потребують спеціалізованої практичної допомоги з питань реабілітації дітей, але не мають можливості отримувати послуги в реабілітаційних центрах з різних причин. Основними з цих причин є: віддаленість проживання сімей від постачальника державних соціальних послуг, проблеми транспортування. Серйозною проблемою соціального обслуговування залишається організація надання соціально-медичних та реабілітаційних послуг сім'ям з важкохворими дітьми, особливо які проживають в сільській місцевості. Питання якості роботи реабілітаційних центрів останнім часом є найбільш актуальною темою обговорення як в суспільстві, так і у владних структурах. Пов'язано це, з одного боку, зі спробами оптимізації роботи вищезазначених установ, а з іншого боку, зі зростаючими вимогами з боку споживачів до якості надання послуг.

Результати досліджень та практика свідчать про те, що будь-яка людина, що має дефект розвитку, може при відповідних умовах стати повноцінною особистістю, розвиватися духовно, забезпечувати себе в матеріальному відношенні і бути корисною суспільству. Наукова розробка даної теми висвітлена в працях Л.І. Акатової, О.В. Безпалько, Л.Т. Тюплі, І.Б. Іванової,

М.П. Лукашевича, І.Т. Миговича. Тема нашого дослідження : «Комплексна реабілітація дитини з інвалідністю в умовах Центру соціальної реабілітації».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Освітньо-кваліфікаційну роботу виконано відповідно до наукової теми кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології «Сучасні технології формування професійної активності в умовах трансформації сучасного українського суспільства» (державний реєстраційний № 0117U006790). Тему роботи обговорено та затверджено на засіданні кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології (протокол від 20.10.2020 р. № 3) та наказом по Херсонському державному університету Наказ від 06.04.2021 №429– Д «Про затвердження тематики кваліфікаційних робіт (проектів) здобувачів ступеня вищої освіти «бакалавр» заочної форми навчання у 2020-2021 навчальному році.

Мета роботи полягає у створенні клуба для батьків « Світ дитини», що працюватиме в умовах реабілітаційного центру.

Завдання дослідження:

- 1.Висвітлити завдання, принципи і засоби комплексної реабілітації.
- 2.Визначити поняття « інвалідність»
- 3.Розкрити інноваційні технології комплексної реабілітації в Центрі соціальної реабілітації дітей з інвалідністю;
- 4.З'ясувати впровадження нових підходів до соціально-трудової реабілітації в умовах Центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю

Об'єкт дослідження – система реабілітаційної роботи з дітьми, що мають інвалідність.

Предмет дослідження – організація комплексної реабілітації в умовах Центру соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю

Для розв'язання поставлених у дослідженні завдань було використано комплекс **методів: теоретичні:** аналіз соціально-педагогічної, психологічної літератури, синтез, класифікація, порівняння та узагальнення з метою з'ясування змісту основних понять дослідження, обґрунтування сутності та

особливостей реабілітації дітей з інвалідністю, розробки соціально-педагогічних умов забезпечення ефективності даного процесу; *емпіричні*: спостереження за типовими проявами поведінки дітей протягом занять у Центрі соціальної реабілітації та під час спілкування з однолітками, методи опитування (бесіда, анкетування), психодіагностичні методики для визначення рівнів адаптованості дітей до реабілітаційного центру та його фахівців.

Практична значущість одержаних результатів полягає у створенні клубу для батьків, що виховують дитину з інвалідністю в умовах Центру соціальної реабілітації

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження обговорювались на засіданні кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології (протокол від 01.03.2021р. №8).

Структура роботи: обумовлена її змістом та складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел. Основний текст дослідження викладено на 38 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1 Реабілітація, її завдання, принципи і засоби

Поштовхом для розвитку реабілітації, як науки послужили війни: Перша Світова війна і Друга Світова. У зв'язку з досягненнями медицини, санітарії, гігієни значно знизилася захворюваність і смертність від гострих інфекційних захворювань. У той же час, прискорення науково-технічного прогресу, швидка індустріалізація та урбанізація, забруднення навколишнього середовища, збільшення стресових ситуацій призвели до зростання важких неінфекційних захворювань. Зростає число пацієнтів зі спадковою і вродженою патологією, з хронічними захворюваннями органів дихання, травлення, сечостатевої системи, алергічними захворюваннями, з травмами та отруєннями. Але, на ряду з іншими категоріями населення, інваліди повинні мати фізичні, соціальні та економічні можливості, що дозволяють їм, як мінімум, вести повноцінну в соціально-економічному і творчу в розумовому плані життя. Реабілітація – цей напрям сучасної медицини, яка в своїх різноманітних методах спирається, перш за все, на особистість пацієнта, активно намагаючись відновити порушені хворобою функції людини, а також його соціальні зв'язки. Реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними і соціальними чинниками. Мета реабілітації – ефективно і раннє повернення хворих і інвалідів до побутових і трудових процесів, в суспільство; відновлення особистісних властивостей людини. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає дуже близьке до цього визначення реабілітації: «Реабілітація являє собою сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій в результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть». Термін реабілітація

походить від латинського слова *habilis* - «здатність», *rehabilis* - «відновлення здатності».

На думку ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на всебічну допомогу хворим та інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Таким чином, реабілітацію слід розглядати як складну, соціально - медичну проблему, яку можна поділити на кілька видів, або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) і соціально - економічну.

Напрямки реабілітації

Перший і основний напрям реабілітації (медичної та фізичної) - відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного використання різних засобів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а в разі неможливості досягнення цього - розвиток компенсаторних і замісних пристосувань (функцій).

Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану пацієнта, а також формування його відносин до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого до нової внаслідок хвороби життєвої ситуації.

Професійний аспект реабілітації торкається питань працевлаштування, професійного навчання та перенавчання, визначення працездатності хворих.

Соціально - економічна реабілітація полягає в тому, щоб повернути потерпілому економічну незалежність і соціальну повноцінність. Ці завдання вирішуються не тільки медичними установами, а й органами соцзабезпечення.

З усього цього ясно, що реабілітація - багатогранний процес відновлення здоров'я людини і реінтеграції його в трудову і соціальну життя. Природно, що види реабілітації слід розглядати в єдності і взаємозв'язку. Три види

реабілітації (медична, трудова і соціальна) відповідають трьом класам наслідків хвороб: 1) медико-біологічні наслідки хвороб, які полягають в відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу; 2) зниження працездатності або працездатності в широкому сенсі слова; 3) соціальна дезадаптація, тобто порушення зв'язків з сім'єю і суспільством. Звідси випливає, що одужання хворого після перенесеного захворювання і його реабілітація - зовсім не одне і те ж, так як крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще й його працездатність (працездатність), соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї, суспільстві, колективі.

Основними етапами в розвитку хвороби є

1. Порушення. Виникнення змін в організмі є реакцією організму на різні причинні обставини- «етіологію». «Етіологія» дає початок змінам в структурі або функції організму, тобто «патології». Прояви патологічних змін визначаються як «симптоми і ознаки» Етіологія - патологія – прояви.

Людина починає розуміти, що в її організмі щось відбувається, іншими словами, патологічний стан проявляється конкретно, матеріалізується. У більшості випадків сама людина усвідомлює прояв хвороби, що можна визначити як «клінічний стан».

Таким чином, клінічний стан включає в себе і патологічні зміни, і прояви хвороби, і реакцію пацієнта на свій стан. Тривала поточна хвороба віщує розвиток порушень, ненормальною структури тіла, зміни зовнішнього вигляду, а також розлади функціонування органів і систем організму. Порушення являє собою розлад на органному рівні.

2. Обмеження життєдіяльності. Діяльність або поведінка людини можуть змінитися в результаті виникнення порушень. Виникає дефіцит фізичних та соціальних дій - обмеження життєдіяльності. З точки зору функціональної діяльності та активності індивіда зниження життєвих функцій є розлад на рівні людини (особистості).

3. Соціальна недостатність. Саме знання про хвороби або зміну в поведінці індивіда, обмеження його діяльності, що випливають з ці знання, можуть поставити конкретну людину в невідгідне становище по відношенню до оточуючих. Таким чином, хвороба набуває соціальний характер. Цей рівень розвитку хвороби відображає реакцію суспільства на стан індивіда, вона проявляється у взаєминах індивіда з суспільством, які можуть включати і такий специфічний інструмент як законодавство. Це прояв відображає соціальну недостатність (іншими словами - соціальну дезадаптацію). Явна зв'язок зі значенням, яке надає діяльності індивіда або його станом суспільство, робить соціальну недостатність найбільш проблематичним рівнем розвитку хвороби серед всіх її наслідків.

Ця послідовність в ряді випадків може бути неповною, або можливий її розрив на будь-якому етапі.

Для організації допомоги пацієнту у відновленні здоров'я, необхідні

- Чітка діагностика виникаючих порушень, обмежень життєдіяльності, соціальної недостатності,
- Аналіз ступеня вираженості функціональних здібностей,
- Можливість здійснення втручань на різних рівнях

Завдання медичної реабілітації

Головним завданням медичної реабілітації є повноцінне відновлення функціональних можливостей різних систем організму і опорно-рухового апарату (ОРА), а також розвиток компенсаторних пристосувань до умов повсякденному житті і праці.

До приватним завданням реабілітації належать:

- Відновлення побутових можливостей хворого, тобто здатності до пересування, самообслуговування і виконання нескладної домашньої роботи;
- Відновлення працездатності, тобто втрачених інвалідом професійних навичок шляхом використання і розвитку функціональних можливостей рухового апарату;

· Попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, тобто здійснення заходів вторинної профілактики.

Мета реабілітації - найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму, але якщо це недосяжно, ставиться завдання часткового відновлення або компенсація порушеної чи втраченої функції і в будь-якому випадку - уповільнення прогресування захворювання. Для їх досягнення використовується комплекс лікувально-відновлювальних засобів, серед яких найбільшим реабілітуючими ефект мають фізичні вправи, природні фактори (як природні, так і преформовані), різні види масажу, заняття на тренажерах, а також ортопедичні пристрої, трудотерапія, психотерапія та аутотренінг. Навіть з цього переліку видно, що провідна роль у реабілітації належить методам фізичного впливу і чим далі від етапу до етапу вона просувається, тим більше значення вони мають, з часом склавши гілку, або вид, під назвою «фізична реабілітація».

Фізична реабілітація - складова частина медичної, соціальної та професійної реабілітації, система заходів щодо відновлення або компенсації фізичних можливостей та інтелектуальних здібностей, підвищенню функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, психоемоційної стійкості та адаптаційних резервів організму людини засобами і методами фізичної культури, елементів спорту і спортивної підготовки, масажу, фізіотерапії та природних факторів.

Фізичну реабілітацію слід розглядати як лікувально-педагогічний і виховний процес або, правильніше сказати, освітній процес. Основним засобом фізичної реабілітації є фізичні вправи і елементи спорту, а застосування їх - завжди педагогічний, освітній процес. Якість його залежить від того, наскільки методист опанував педагогічною майстерністю і знаннями.

Принципи медичної та фізичної реабілітації

Програма медичної реабілітації пацієнта включає в себе:

- Фізичні методи реабілітації (електролікування, електростимуляція, лазеротерапія, баротерапія, бальнеотерапія та ін.)
 - Механічні методи реабілітації (механотерапія, кінезотерапія.)
 - Масаж,
 - Традиційні методи лікування (акупунктура, фітотерапія, мануальна терапія та інші),
 - Трудотерапія,
 - Психотерапія,
 - Логопедична допомога,
 - лікувальна фізкультура,
 - Реконструктивна хірургія,
 - Протезно-ортопедична допомога (протезування, ортезування, складна ортопедичне взуття),
 - Санаторно-курортне лікування,
- Технічні засоби медичної реабілітації (калоприемник, мочеприймальник, тренажери, пристрої для введення їжі через стому, парентерально, інші технічні засоби),
- Інформування та консультування з питань медичної реабілітації
 - Інші заходи, послуги, технічні засоби.

Основні принципи реабілітації

До основних принципів реабілітації відносяться:

- Ранній початок проведення реабілітаційних заходів (РЗ),
- Комплексність використання всіх доступних і необхідних заходів РЗ,
- Індивідуалізація програми реабілітації,
- Етапність реабілітації,
- Безперервність і спадкоємність протягом усіх етапів реабілітації,
- Соціальна спрямованість Рз,
- Використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності реабілітації.

Ранній початок проведення РЗ важливо з точки зору профілактики можливості дегенеративних змін в тканинах (що особливо важливо при неврологічних захворюваннях). Раннє включення в лікувальний процес РМ, адекватних стану хворого, багато в чому забезпечує більш сприятливий перебіг і результат захворювання, служить одним з моментів профілактики інвалідності (вторинна профілактика).

РЗ не можна застосовувати при дуже важкому стані хворого, високій температурі, сильній інтоксикації, вираженій серцево-судинній і легеневої недостатністю хворого, різкому пригніченні адаптаційних і компенсаторних механізмів. Однак і це не є абсолютно вірним, так як деякі РЗ, наприклад, надування кульок, призначаються в гострий післяопераційний період при досить важкому стані хворого, але це служить для профілактики застійної пневмонії.

Комплексність застосування всіх доступних і необхідних РЗ. Проблеми медичної реабілітації дуже складні і вимагають спільної діяльності багатьох фахівців: терапевтів, хірургів, травматологів, фізіотерапевтів, лікарів і методистів ЛФК та фізичної реабілітації, масажистів, психіатрів, адекватної фізичному і психічному стану пацієнта на окремих етапах реабілітації. Залежно від причин, що призвели хворого до стану, який вимагає застосування РЗ, склад фахівців і використовуваних методів і засобів будуть різні.

Індивідуалізація програм реабілітації. Залежно від причин, що вимагають застосування РЗ, а також особливостей стану хворого або інваліда, їх функціональних можливостей, рухового досвіду, віку, статі, склад фахівців і використовуваних методів і засобів будуть, тобто реабілітація вимагає індивідуального підходу до пацієнтів з урахуванням їх реакції на використання РЗ.

Безперервність і спадкоємність РЗ протягом усіх етапів реабілітації важлива як в межах одного етапу, так і при переході від одного до іншого. Поліпшується функціональний стан різних систем організму, підвищується

тренуваність, а всякий більш-менш тривалу перерву у використанні РЗ може привести до його погіршення, коли доводиться починати все спочатку.

Надзвичайно важливим принципом реабілітації є спадкоємність при переході з етапу на етап, з одного медичного закладу в інший. Для цього важливо, щоб на кожному етапі в реабілітаційній карті було задокументовано, які методи і засоби лікування і реабілітації застосовувалися, яке було функціональний стан реабілітується.

Соціальна спрямованість РЗ. Основна мета реабілітації - ефективно і раннє повернення хворих і інвалідів до побутових і трудових процесів, в суспільство і сім'ю, відновлення особистісних властивостей людини як повноправного члена суспільства. Оптимальним кінцевим результатом медичної реабілітації може бути повне відновлення здоров'я і повернення до звичного професійної праці.

Використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності реабілітації. Реабілітаційний процес може бути успішним лише в разі врахування характеру і особливостей відновлення, порушених при тому чи іншому захворюванні функцій. Для призначення адекватного комплексного диференційованого відновного лікування необхідна правильна оцінка стану хворого по ряду параметрів, які є значущими для ефективності реабілітації. З цією метою застосовується спеціальна діагностика і методи контролю за поточним станом хворого в процесі реабілітації, які можуть поділятися на такі види:

- а) медична діагностика,
- б) функціональна діагностика,
- в) мотодіагностика,
- г) психодіагностика.

Засоби медичного та фізичної реабілітації

До засобів реабілітації належать психотерапевтичний вплив, медикаментозна корекція, ЛФК (кінезотерапія), фізіотерапія, аеротерапія, хореотерапія, мануальное вплив і ін.

Засоби фізичної реабілітації можна поділити на активні, пасивні та психорегулюючі. До активних засобів відносяться всі форми лікувальної фізичної культури: довільна економізація дихання, різноманітні фізичні вправи, елементи спорту і спортивної підготовки, ходьба, біг та інші циклічні вправи і види спорту, робота на тренажерах, хореотерапія, трудотерапія і ін. ; до пасивних - масаж, мануальна терапія, фізіотерапія, природні і преформовані природні фактори; до психорегулюючим - псіхопотенцірованіє, аутогенне тренування, м'язова релаксація та ін.

Змістовне наповнення поняття «комплексна реабілітація» :

1. комплекс послуг видів реабілітації - медичної, соціальної, фізкультурної. Зачіпає всі сфери життєдіяльності інваліда;
2. комплекс взаємодіючих лікарів різних спеціальностей (команда фахівців) по складанню єдиної програми реабілітації;
3. взаємодія всіх суб'єктів-учасників реабілітаційного процесу: лікарів, інвалідів, батьків дітей-інвалідів, працівників соціальних служб, педагогів і т.д. Комплексна робота всіх структур;
4. комплекс лікувальних заходів і занять різного спрямування в одній програмі, в одному місці, в один час;
5. доступність реабілітаційної інфраструктури (територіальна доступність, близькість установ, інформаційна відкритість т і.п.), в тому числі збільшення числа реабілітаційних установ;
6. результативність реабілітації та абілітації: відновлення втрачених функцій, повна інтеграція інваліда в суспільство. Задоволеність інваліда результатом;
7. індивідуалізація процесу і зацікавленість суб'єктів в його ефективності;
8. контроль з боку єдиного центру;
9. своєчасність і регулярність проведення реабілітаційних заходів;
10. якість реабілітаційних послуг і програм, яке досягається перш за все за рахунок досвіду і професіоналізму реабілітологів та інших фахівців.

1.2 Визначення поняття «інвалідність»

Конвенція ООН про права інвалідів (далі - КПІ) не дає чіткого визначення «інвалідності», але замість цього пропонує досить повний опис, призначеного для широкого вживання. Конвенція про права людини з інвалідністю встановлює, що «до інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при зіткненні з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими»

Запропоноване визначення інвалідності зосереджує основну увагу на соціальних і екологічних бар'єрах, що перешкоджають участі людини в суспільстві, а не на особисту неспроможність.

Цей підхід отримав назву «соціальна модель» інвалідності. Соціальна модель визнає, що ізоляція інвалідів від суспільства дає можливість цих осіб повною мірою брати участь в суспільному житті і не є наслідком властивої неспроможності людини. Наприклад, якщо людина не може отримати доступ до клініки через свою нездатність рухатися, то, швидше за все, це є наслідком відсутності доступності самої клініки, а не нездатності людини ходити.

Особи з інвалідністю складають значну частину населення в усьому світі, але вони до сих пір залишаються однією з найбільш маргінальних і уразливих груп суспільства. Досить важко отримати точні дані про кількість людей з обмеженими можливостями у всьому світі, адже підходи до виміру інвалідності в різних країнах різні і залежать від призначення і області застосування даних. Проте, в рамках Всесвітнього дослідження з питань охорони здоров'я, що проводилося в 2018-2020 роках в 59 країнах, підраховано, що близько 650 млн. дорослих мали інвалідність. Дослідження також показало, що поява інвалідності значно вище в країнах з низьким рівнем доходів, що становить приблизно 18% населення, ніж в країнах з високим рівнем доходу, де ця цифра становить близько 11,8% населення людей з інвалідністю. Інваліди стикаються зі значними порушеннями прав

людини, включаючи інституціоналізацію, ізоляцію, стигматизацію і дискримінацію, а також з відсутністю доступу до охорони здоров'я, освіти та можливості у працевлаштуванні. Комплексна допомога спрямована на широкий спектр прав, що охоплює всі аспекти життя, такі як повага до сім'ї, освіти, зайнятості, охорона здоров'я, участь в політичному і громадському житті, участь у культурному житті, проведення дозвілля, відпочинку і заняття спортом, право на життя, свободу від катувань чи жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покаранню, а також право на захист, прагне «забезпечити повне і рівне здійснення всіма інвалідами всіх прав людини і основних свобод.

Розрізняють 5 категорій інвалідів з наступними порушеннями: фізичні недоліки, а саме порушення опорно-рухового апарату; порушення інтелекту і психічні захворювання; порушення функцій слуху (глухі та слабочуючі); порушення функцій зору (сліпі та слабозорі); порушення роботи внутрішніх органів тобто інваліди по «загальному» захворюванню (цукровий діабет, бронхіальна астма, онкохворі та інше). Залежно від ступеня втрати здоров'я дорослим встановлюється одна з трьох груп інвалідності: I група інвалідності – особа, яка повністю втратила працездатність і вимагає постійної опіки; II група інвалідності – особа здатна до самообслуговування, але не здатна до праці в звичайних виробничих умовах; III група інвалідності встановлюється тим, хто здатен працювати в полегшених умовах. Людей з особливими потребами поділяють ще й за причиною отримання інвалідності на: інвалідів з дитинства, загального захворювання, праці, війни, армії, Чорнобиля. Діти-інваліди практично всі вимагають опіки та постійного нагляду, тому їм встановлюється лише одна група інвалідності, але по двох розділах («А» або «Б»).

«Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної

життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав»
«Дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту;»

« Інвалідність – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів; обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки»

Причини інвалідності дітей.

Проблема недоношеності в даний час зберігає свою високу актуальність незважаючи на значні успіхи сучасної неонатології, високий рівень реанімаційних технологій, варіативність і ефективність реабілітаційних заходів, сучасні методики виходжування та інші досягнення неонатальної медицини. У значної частини недоношених дітей в дитячому віці відзначаються неврологічні, соматичні і сенсорні порушення, а також особливості психічного розвитку, що призводять в подальшому до обмежень можливостей здоров'я та інвалідності [11]. На психічне функціонування недоношених дітей впливають супутні захворювання, такі як бронхолегенева дисплазія, ретинопатія недоношених, порушення роботи сенсорних систем та інші патологічні стани. Крім біологічних факторів, подальше благополуччя психічного функціонування немовляти з груп ризику визначає якість

взаємодії матері і дитини. При цьому відмінності між доношеними і недоношеними дітьми можуть бути значно знижені при наявності у відношенні з близьким дорослим емоційних ресурсів для компенсації порушення взаємодії у немовлят [4].

Дослідження інтеракції матерів і недоношених немовлят, пов'язані з церебрально-органічною недостатністю, показали, що немовлята з органічними порушеннями головного мозку (включаючи передчасно народжених) в віці 3-х місяців у взаємодії з близьким дорослим частіше використовують стратегію «Напружена увага» і «саморегуляторні відключення», а у віці 6 місяців використовують стратегії уваги, спрямовані на себе або на об'єкти, при цьому діти віддають перевагу стратегії «активної уваги» [2]. Такі особливості і обумовлюють необхідність психологічної корекції, що сприяє гармонізації дитячо-батьківських відносин.

У недоношених дітей з дуже низькою масою тіла (ОНМТ) при народженні відзначається висока поширеність порушень розвитку нервової системи протягом перших років життя. При цьому, результат, оцінений в показниках розвитку недоношених дітей, покращується з кожним тижнем [12].

У більшості дітей, народжених з масою тіла від 600 до 1250 г і спостерігаються внутрішньошлункові крововиливи [10].

На сучасному етапі розвитку абілітації і реабілітації недоношених дітей розробляються моделі допомоги, в яких враховується можливість оцінки біологічних, психологічних і соціальних факторів розвитку [5;7].

На теперішній час проведено багато досліджень з вивчення психічного розвитку недоношених. Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей дозволить здійснювати комплексну реабілітацію та ранній супровід, орієнтуючись не на дефіцит можливостей, а на активність і участь, тобто на можливості психічного функціонування недоношеної дитини.

Рання допомога - комплекс медичних, соціальних і психолого-педагогічних послуг, що надаються на міжвідомчій основі дітям з

інвалідністю та їх сім'ям, спрямованих на раннє виявлення дітей, сприяння їх оптимальному розвитку, формування фізичного і психічного здоров'я, включення їх в коло однолітків і інтеграцію в суспільство, а також на супровід і підтримку їх сімей, підвищення компетентності батьків (законних представників). При наявності у дитини виражених порушень функцій організму і (або) значних обмежень життєдіяльності, що призводять до того, що дитина не може бути в повному обсязі включена в систему отримання освітніх послуг, можливе продовження надання таких послуг до досягнення дитиною віку 7 - 8 років.

Актуальність створення системи ранньої допомоги обумовлена:

- розширенням інклюзивних тенденцій в дошкільній освіті і неготовності дітей з інвалідністю до інтеграції в дошкільні заклади ,
- з наявністю регіональних відмінностей, відсутністю варіативних моделей організації і функціонування ранньої допомоги ,
- потребами дітей раннього віку з інвалідністю в комплексному супроводі їх розвитку і недостатня ефективність використання методик раннього виявлення та корекції відхилень у розвитку дітей,
 - значними потенційними можливостями ранньої допомоги для всебічного розвитку дітей з інвалідністю та відсутністю цілісної системи їх комплексного супроводу, необхідністю розриву між часом визначення первинного порушення в розвитку дитини і початком цілеспрямованої корекційної роботи,
- необхідністю зниження часових меж на початку освітнього процесу (до перших місяців життя дитини).

Фактори, що забезпечують необхідність розвитку варіативних форм психолого-медико-педагогічної допомоги дітям раннього віку та їх сім'ям:

- низька якість репродуктивного здоров'я батьків;
- зниження рівня здоров'я дитячої популяції в віковому діапазоні від народження до молодшого шкільного віку;

- дефіцит установ для дітей раннього віку з особливими освітніми потребами;
- накопичений в освітній практиці досвід супроводу дітей раннього віку;
- висока ефективність комплексної допомоги дітям раннього віку з обмеженими можливостями здоров'я та дітям групи ризику.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

2.1 Інноваційні технології комплексної реабілітації в Центрі соціальної реабілітації дітей з інвалідністю

Державна бюджетна установа соціального обслуговування Херсонський обласний Центр соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю надає дітям з інвалідністю соціально-медичні, соціально-психологічні, соціально-педагогічні, соціально-правові послуги, а також послуги з підвищення комунікативного потенціалу; здійснює комплексну реабілітацію, спрямовану, в тому числі, на формування, розвиток і корекцію навичок самообслуговування, адаптацію до умов побуту, виховання позитивних звичок і соціокультурних норм поведінки. У Центрі проходять реабілітацію діти у віці від 0 до 18 років з різною патологією (домінують хвороби нервової системи та опорно-рухового апарату). Більше 50% від всієї патології складають пацієнти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП).

Під час підготовки дітей до інтеграції в суспільство найважливіша роль відводиться соціально-побутовій адаптації, формуванню і розвитку навичок самообслуговування. В ігровій кімнаті і кімнаті соціально-побутової адаптації, завдяки спеціально створеним ситуаціям, діти опановують необхідні побутові навички і вчаться загальноприйнятим нормам поведінки. Заняття проходять в індивідуальній чи груповій формі.

Види діяльності, що використовуються на заняттях:

- ігри на прищеплення культурно-гігієнічних навичок;
- бесіди з використанням дидактичного матеріалу;
- сюжетно-рольові ігри;
- ігри на розвиток великої і дрібної моторики.

У ході ігор в доступній і цікавій формі засвоюються норми загальноприйнятого поведінки, формуються навички взаємодії і спілкування з однолітками і дорослими. Практичні заняття проводяться в кімнаті соціально-побутової адаптації, що представляє собою сучасну кухню з комплектом якісного обладнання, де діти набувають вміння і навички, необхідні в повсякденному житті. Вони вчаться:

- користуватися побутовими електричними приладами (чайник, плита, духовка, мікрохвильова піч, посудомийна машина, блендер);
- готувати найпростіші страви: салати, бутерброди, чай, компоти, і т.д. ;
- правильно сервірувати стіл;
- визначати продукти, з яких приготовлено страву (дегустація) і ін.

Корекційні заняття з соціально-побутової адаптації спрямовані на практичну підготовку дітей з ОВЗ до самостійного життя, формування у них знань і умінь, що сприяють соціальній адаптації, підвищення рівня загального розвитку.

На заняттях в комп'ютерному класі використовуються розвиваючі ігри і програми психологічного центру, онлайн - ігри, сприяють соціалізації. Ігри спрямовані на розвиток координації рухів, мови, на логічне мислення, уваги і пам'яті, логіко-математичних здібностей, уяви, розширення кругозору та ін. Заняття дозволяють дітям і підліткам з інвалідністю засвоїти ази комп'ютерної грамотності або вдосконалити вже наявні навички. З метою підтримки та розвитку позитивних інтересів, з дітьми проводяться заняття з образотворчого мистецтва. Образотворча діяльність формує у дітей практичні вміння в малюванні, ліпленні, декоративно-прикладному творчості, забезпечує розвиток комунікативних основ, пізнавальних потреб, створює сприятливі умови для корекції пізнавальної, емоційно-вольової, особистісної сфер, передумови для розвитку творчої активності.

На заняттях застосовуються трафаретна техніка з використанням пастелі, батик, пальчикова живопис, кляксопис, Ебру (малювання на воді) та ін.

Щомісяця проводяться виставки в Центрі, роботи беруть участь у конкурсах і щорічних крайових фестивалях художньої творчості для дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Ефективний метод реабілітації, що дозволяє домогтися гарних результатів - мульттерапія. Це процес реабілітації і творчої соціалізації дітей і підлітків засобами анімаційної творчості. Методика сприяє встановленню контакту не тільки з дитиною і його сім'єю, але і з найближчим соціальним оточенням. На заняттях діти знайомляться з різними техніками анімації, вчать розуміти і розрізняти емоції персонажів, виразно озвучувати своїх героїв, а головне - працювати в команді. Колективна творчість дозволяє дитині розвивати комунікативні навички, при виконанні своєї функціональної ролі усвідомлювати значимість кожного з членів команди.

Заняття мульттерапією сприяють розвитку, збагаченню когнітивної та емоційної сфер, уяви та творчих здібностей. Займаючись анімацією діти знаходять рішення щодо подолання життєвих труднощів; стають веселішими і відкритими; підвищується їх самооцінка. Це позитивним чином позначається на реабілітації і соціалізації.

Велика увага приділяється груповій роботі з підлітками. Тренінги з ними проводяться в Центрі вже більше чотирьох років. Діяльність педагогів-психологів, в даному випадку, спрямована на створення умов для успішного подолання вікових кризових явищ, на корекцію і підвищення самооцінки.

Підсумки роботи свідчать про позитивні результати: у дітей знизився рівень тривожності і агресивності, підвищилася відповідальність за власні вчинки, з'явилася здатність до самоаналізу і контролю над своєю поведінкою; вони навчилися конструктивно вирішувати конфліктні ситуації, знаходити друзів і однодумців.

Найважливіший засіб соціалізації дітей з обмеженими можливостями здоров'я - соціокультурна реабілітація, якої в Центрі приділяється особлива увага. Регулярно проводяться різні свята і концерти, організуються екскурсії, відвідування театрів та музеїв і т.д. Отримана від свята радість

підвищує життєвий тонус і створює позитивний емоційний настрій, що важливо в повсякденному житті дітей даної категорії.

Дозвіллева діяльність наповнює життя дитини новими відчуттями і переживаннями; сприяє розвитку самосвідомості, комунікативної компетентності та прагнення до активної, самостійної діяльності; вчить організовувати дозвілля відповідно до своїх інтересів і потреб. Розширюються соціальні контакти дітей, збагачуються їхні уявлення про власні можливості, здібності, підвищується впевненість у своїх силах.

Організація культурно - дозвіллевої діяльності для дітей з інвалідністю є найважливішим аспектом повної і своєчасної соціальної адаптації до життя в суспільстві, сім'ї, до навчання і праці. Діти відчувають себе потрібними не тільки батькам, а й оточуючим людям; вчаться жити серед однолітків, проявляють велику ініціативність, самостійність. В цілому, робота всього колективу Центру спрямована на формування у дітей навичок продуктивної взаємодії з оточуючими людьми, а в кінцевому підсумку - на адаптацію до життя в суспільстві.

Всі необхідні компенсаторні ресурси є у дитини від народження, проте потрібні певні технології, щоб спонукати ці ресурси до усвідомленого їх використання. Поняття психологічної «схеми тіла» було введено П. Шильдером для опису системи уявлень людини про своє тіло - своєрідної тілесно-психологічної «карти». Схема тіла створюється на основі функціонального об'єднання відділів мозку, що відповідають за сенсорно-дискримінаційні, когнітивно-оціночні та мотиваційно-емоційні процеси.

Згідно М. Фельденкрайзу, посилення свідомого ставлення до рухам тіла може бути досягнуто балансуванням і заспокоєнням кори головного мозку, що відповідає за рухові функції. Чим активніше веде себе мозок, тим менше людина віддає собі звіт в тонких змінах, що відбуваються в організмі.

Суть методу Фельденкрайза - розширення діапазону рухів з допомогою експериментального перебору різних варіантів. Завдяки вправам поліпшується тілесна чутливість, а «схема тіла» може бути істотно уточнена і

розширена. Нервова система і опорно-руховий апарат тісно пов'язані, будь-яка активізація супроводжується зміною стану м'язів. У мозок, в свою чергу, постійно надходить інформація про кожну зміну положення тіла, суглобів, і м'язових напруженнях. Такий взаємозв'язок систем дозволяє, з одного боку, розпізнати внутрішній стан нервової системи, з іншого - через м'язи і суглоби - впливати на нервову систему. Кожна думка і кожне почуття знаходять своє вираження в русі, зміни зовнішні ведуть до змін внутрішніх. М'язове навантаження - зовнішня картина стану нервової системи.

В основі занять з тілесно-орієнтованої психокорекції з дітьми з руховою патологією лежать положення М. Фельденкрайза:

- будь-яка м'язова діяльність є рух;
- нервова система займається переважно рухами;
- рух відображає стан нервової системи;
- якість руху найлегше визначити ззовні;
- рух приносить великий досвід;
- відчуття, почуття і думки базуються на рухах;
- рух - основа самоусвідомлення.

Таким чином, рух - ефективний засіб досягнення кардинальних змін в людському житті взагалі.

Робота з тілом починається з вивчення можливостей, особливостей і потреб кожної конкретної дитини.

У дітей з ДЦП довільність рухів утруднена або практично відсутня, тому в пріоритеті корекція мимовільних рухів або сильної спастіки. Заняття проходять у вигляді гри з руками, ногами, шиєю і головою, тулубом. Вправи спрямовані на розвиток диференціації відчуттів напруги і розслаблення у дітей.

Наприклад, вправа «Вітання»: педагог простягає руку до дитині і каже: «Вітаю». Рука дитини йде в бік або назад. Педагог акцентує його увагу на відчуттях: «Твоя рука тебе не слухається. Вона напружена, жорстка, сильна. Стримай руку в цьому положенні і спробуй посилити напругу ». Напруга не

триває постійно, особливо при його посиленні, тому на рахунок 5-7 рука розслабляється.

Вправа «Пружинка» («Складаний ніж») допомагає зняти м'язові затискачі, гармонізувати внутрішню енергію дитини. По черзі притримуючи праву / ліву руку в області зап'ястя і праву / ліву кісточку дитини, педагог, рахуючи до 3-х, допомагає тягнути руку вгору, а ногу вниз.

Важливо визначити рух, дитина виконує його сам. Інструкція дозволяє зосередитися на русі, усвідомити його. Рахунок необхідний, так як він позначає перехід від напруги до розслаблення. У процесі роботи з тілом, у дитини-інваліда часто виникає м'язове тремтіння в кінцівках. Необхідно привернути його увагу до цього процесу до припинення тремтіння: «Твоя ніжка танцює. дай їй дотанцювати! ». Таким чином, відновлюється рух енергії в м'язах, це говорить про позитивні зміни в тілі.

Застосування тілесно-орієнтованих методів в психокорекційній роботі з дітьми з церебральним паралічем допомагає розвинути у них кінестетичну чутливість, розширити діапазон рухів, усвідомити і контролювати потреби тіла, сприяє зменшенню гіперкінезів і спастики. Ситуація успіху і надбання нового тілесного досвіду сприяють розвитку впевненості в собі, поліпшенню психоемоційного стану дитини.

2.2 Впровадження нових підходів до соціально-трудової реабілітації в умовах Центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю

Херсонський реабілітаційний центр створений з метою надання соціальних послуг дітям шляхом створення відповідних віку і стану здоров'я умов життєдіяльності, проведення заходів медичного, психологічного, педагогічного, соціального характеру, організації харчування та догляду, навчання, а також посильній трудовій діяльності, відпочинку та дозвілля дітей.

Установа має ліцензію на дошкільну і початкову освіту. Одним з пріоритетних напрямків в освіті є соціально-трудова реабілітація. Трудове навчання, організоване в Центрі, сприяє цілеспрямованій реалізації потенційних можливостей дітей з інвалідністю, широкому залученню їх до суспільно корисною працею. В ході навчання вихованці отримують різну трудову підготовку. Праця є свідомою, доцільною, а творча діяльність людини, спрямована на задоволення матеріальних і духовних потреб, розвиваюча фізичні і духовні сутнісні сили, а також моральні якості особистості.

У Центрі соціальної реабілітації на кожну дитину підготовлені спеціальні індивідуальні програми розвитку (СІПРІ) на основі висновків психолого-медико-педагогічної комісії (ПМПК), в яких визначено завдання навчання і виховання, з урахуванням індивідуальних особливостей. В установі на основі багаторічного досвіду склалася певна система трудового навчання. Вона включає наступні етапи: прищеплення навичок самообслуговування, ручна та господарсько-побутова праця, трудотерапія з професійним ухилом. На кожному етапі вирішуються свої конкретні завдання.

Особливе місце в організації роботи по формуванню умінь і навичок самостійної трудової діяльності вихованців відводиться самообслуговуванню. Може здатися, що такі навички елементарні. Насправді, для дітей з інвалідністю це величезна титанічна праця. Зустрічаються випадки, коли один навик прищеплюється досить тривалий час (від півроку, року і більше).

Основна форма організації господарсько-побутової праці - найпростіші індивідуальні доручення, які дають можливість систематично залучати всіх дітей до трудових дій.

Наступний етап соціально-трудового розвитку - навчання трудовим навичкам в природі, посилену участь в щорічному конкурсі з благоустрою території тощо. Вихованці поступово вникають в особливості роботи і самостійно, під керівництвом педагогів, виконують посилені трудові операції по догляду за рослинами, птахами і тваринами в екологічній студії.

У центрі також здійснюється передпрофесійна підготовка: вихованці засвоюють елементарні навички швачки, двірника, столяра, офіціанта. Діти із задоволенням беруться за будь-які справи, виконують доручення дорослих, допомагають в роботі. Для вихованців обладнана тренувальна кімната, де створені всі умови домашнього побуту. Це допомагає їм здобувати навички володіння побутовими приладами. Оволодіння елементарними трудовими вміннями доступніше для дітей з інтелектуальними проблемами, ніж розумова діяльність. Реалізуючи права дітей з інвалідністю на освіту, в Центрі діють різні майстерні. В установі створені всі умови для художньо-естетичної праці. Наприклад, в майстерні художньої праці вихованці опановують новими технологіями виготовлення виробів з непридатного і природного матеріалу. Останнім часом діти засвоюють технології канзаші (вироби з атласних стрічок), Ебру (малювання на воді), бісероплетіння і т.д. Заняття ручною працею сприяють формуванню певних навичок і умінь самостійної роботи. Діти можуть не просто виконувати якісь дії, а під керівництвом педагога своїми руками зробити щось красиве: виготовити наочний матеріал, іграшки для малюків, листівки різних видів і т.д. А вихователі, вміло направляючи дії дітей, допомагають їм відчутти значимість виконуваної роботи. У столярній майстерні юнаки здобувають навички роботи з інструментами, надаючи посильну допомогу дитячому будинку: ремонтують меблі, спилують сухі гілки дерев, упорядковують територію інтернату малими архітектурними будівлями, виготовляють шпаківні та годівниці для птахів. Усі майстерні оздоблені необхідними матеріалами, інструментами, обладнанням. Педагоги володіють методикою роботи з дітьми зі складною структурою дефекту, використовують диференційований підхід. Відповідно до плану базового закладу, педагоги працюють над соціальними проектами різної спрямованості: «Екологічна стежка», «Весела годівниця», «Город на підвіконні», «Аптека під ногами», «Туризм без кордонів» і т.д. Діти беруть активну участь в озелененні території посадкою

молодих дерев, в трудових десантах, акціях і т.д. Таким чином, вихованці отримують не тільки теоретичну підготовку, а й практичні навички.

Створення клубу для батьків, що виховують дитину з інвалідністю « Світ дитини» в умовах Центру соціальної реабілітації

Робота з батьками - це один із пріоритетних напрямків роботи Центру соціальної реабілітації .

Необхідно вибудувати діалог спеціалістів Центру і сім'ї, діалог на основі співпраці, співдружності, взаємодопомоги, щоб витрачені зусилля не відрізнялися настільки разюче від підсумків виховання дітей, створенню єдиного простору розвитку кожної дитини.

Ми пропонуємо створити клуб «СВІТ ДИТИНИ», мета якого встановлення співпраці Центру і сім'ї в питаннях виховання і створення системи психолого-медико-педагогічного супроводу батьків в процесі освіти дитини в період навчання в Центрі.

Завдання клубу:

- Встановити відносини співпраці між суб'єктами освітнього процесу: дітьми, батьками (законними представниками), педагогами.
- Підвищити рівень психолого-педагогічної компетентності батьків (Законних представників) у питаннях виховання та розвитку дітей;
- Сприяти трансляції кращого досвіду сімейного виховання.

На сьогоднішній момент визначилися пріоритетні завдання:

- Створити оптимальні умови для розвитку дітей в Центрі зі спільною діяльністю з дорослими і однолітками.
- Підвищити рівень відповідальності батьків за виховання дітей.

У процесі вирішення поставлених завдань ми припустили такі результати:

- Зміна характеру взаємодії педагогів з батьками, багато хто з них стануть активними учасниками всіх справ Центру і повноцінними партнерами педагогів;
- Підвищення статусу батька в сім'ї.
- Поліпшення мікроклімату в родині, зниження конфліктності

□ Поліпшення психічного здоров'я дитини в Центрі, за рахунок емоційної комфортності в сім'ї.

Роботу клубу «Світ дитини» пропонуємо розподілити за етапами:

Моніторинг - це перший етап. Заходи: моніторинг батьківських запитів і наших можливостей (наявність ресурсів), власний ціннісний аудит.

Другий етап. Визначення напрямків роботи. У нього включили оцінку можливостей Центру (матеріально-технічну, професійні ресурси в роботі дітьми), визначили напрямки в роботі з сім'єю.

Основні напрямки в роботі з батьками:

□ Пізнавальний - через форми: розваги, свята, флеш-моби, виставки, дні добрих справ, театралізована діяльність.

Оцінка можливостей Центру спрямована на ознайомлення батьків з віковими і психологічними особливостями їх дітей, формування у батьків практичних навичок виховання.

Реалізується через форми: загальні збори, консультації, виставки дитячих робіт, участь батьків під час підготовки заходів, сімейні проекти і т.д.

□ Інформаційно-аналітичний. Спрямований на виявлення запитів, інтересів, потреб батьків, встановлення емоційного контакту між вихователем, дитиною, батьком. Реалізується через форми: анкетування, тестування, діагностика.

□ Наочно- інформаційний. Дає можливість донести до батьків будь -яку інформацію в доступній формі, тактовно нагадати про батьківські обов'язки. Реалізується через такі форми роботи: батьківські куточки, папки пересування, буклети, оголошення, нормативні акти, випуск газет, фотовиставки.

□ Досуговий. Покликаний встановлювати теплі довірливі відносини, емоційний контакт між педагогами та батьками, батьками і дітьми. Реалізується через організацію свят, екскурсій, змагань.

Третій етап. Складання перспективного тематичного плану на рік.

При розробці враховувалися принципи:

- науковість;
- цілеспрямованість;
- диференційований підхід з урахуванням специфіки кожної сім'ї;
- практична доцільність;
- конфіденційність;
- доброзичливість і відкритість позитивного сприйняття особистості.

Четвертий етап. Оцінка результатів. Досягнення. Перспектива.

ВИСНОВКИ

Під час дослідження було визначено, що комплексна реабілітація це міждисциплінарне завдання, реалізація якого можлива тільки при вибудовуванні системного механізму взаємодії різних суб'єктів реабілітації при зміні державницького підходу до обсягів фінансування, кадровій політиці, застосування заходів для забезпечення людям з інвалідністю доступу до фізичного оточення, до транспорту, до інформації і зв'язку.

Комплексна реабілітація сприймається не просто як формальний перехід до забезпечення доступності всіх видів реабілітації (В тому числі в рамках однієї установи, єдиної комплексної програми), але і як якісні зміни, що зачіпають і сам процес проведення реабілітаційних заходів (професіоналізм співробітників, інформаційний супровід, якість обладнання, доступ до сучасних лікарських препаратів і т. п.), так і результативність (Індивідуальний підхід в поєднанні зацікавленості всіх суб'єктів дозволить досягти принципово більш високих показників ефективності реабілітації).

У ході дослідження було з'ясовано, що кожній дитині з інвалідністю, яка виховується в умовах Центру соціальної реабілітації розробляється програма реабілітаційних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей, стану здоров'я, вираженості функціональних порушень, можливості відвідування установи.

В установі ефективно використовуються сучасні реабілітаційні технології. Впроваджено і активно використовується інноваційна технологія - із застосуванням апарату «Корво - імітатора опорного підшовного навантаження. Апарат використовується при порушеннях рухової, нервової системи різної етіології, що супроводжуються затримкою мовленнєвого, стато - моторного розвитку. Проводяться індивідуальні та групові логопедичні заняття із застосуванням корекційних методик для дітей, що спрямовані на формування базових мовленнєвих навичок. Метою розвивальних занять з психологом є розвиток уваги, комунікативних

навичок з використанням методик з раннього фізичного розвитку, методики Нікітіних, розвиваючої динамічної гімнастики, кубиків Зайцева, використовуються рекомендації педагогіки Монтесорі. На базі центру функціонує галокамера, яка сприяє зміцненню імунної системи у дітей з інвалідністю, ефективно використовуються заняття з лікувальної фізкультури

Лікувальна фізична культура (ЛФК) з дітьми проводиться в малих групах, при необхідності з дитиною проводять індивідуальні заняття. Однією з умов ефективності призначається дитині лікувальної фізкультури є відповідність підібраних засобів і методики проведення форм лікувальної фізкультури віковим особливостям.

Реабілітаційна робота проводиться комплексно, групою фахівців різного профілю, включаючи дитячих психіатрів, дефектологів, логопедів, клінічних психологів, педагогів-вихователів, музичного працівника, тим самим об'єднує міждисциплінарні напрямки. Метою такого співробітництва є створення моделі взаємодії в процесі корекційно-розвиваючої діяльності, що стимулює мовлення, когнітивний і особистісний розвиток дитини з інвалідністю.

Спостерігаючи за роботою фахівців Центру ми побачили, що спільна робота дефектолога, логопеда, клінічного психолога починається вже на етапі первинного обстеження дитини. Метою первинного обстеження є вивчення особливостей мовленнєвого, фізичного і моторного розвитку дітей, а також вивчення характерних особливостей дитини з інвалідністю. Кожен з фахівців бере участь в обстеженні дитини, використовуючи свої методи, прийоми. Взаємодоповнюваність позицій дитячого психіатра, медичного психолога, логопеда і дефектолога під час роботи з дитиною, що має інвалідність, тісна співпраця в усіх напрямках роботи є необхідною умовою забезпечення результативної роботи в реабілітаційному процесі. Результатом комплексної реабілітації є успішна соціалізація дитини з інвалідністю.

У ході дослідження було встановлено, що між батьками і спеціалістами Центру соціальної реабілітації є тісний зв'язок. Батьки беруть активну участь в реабілітаційному процесі, навчаються навичкам і прийомам реабілітації, отримують методичні рекомендації фахівців для проведення «домашнього» періоду реабілітації. Основним завданням фахівців Центру є забезпечення батьків необхідною інформацією про можливості дитини, навчити їх спостерігати і розуміти поведінку дитини, навчити поступово вводити її в життя сім'ї, найближчого оточення і соціум.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Батищева Г. О., Зайцева З. Г. Робота соціальних служб для молоді з молоддю сім'єю (методичні рекомендації). – К.: А.Л.Д., 1996. – 53 с.
2. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 50 с.
3. Борщевська Л. В., Зіброва А. В., Іванова І. Б. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. – К., 1999. – 215 с.
4. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб.– К.: Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
4. Волков Ю. Г., Добренєков В.И., Кадарія Ф.Д., Савченко И. П., Шаповалов В. А. Социология молодежи: Учебное пособие / под ред. проф. Ю. Г. Волкова. – Ростов-н /Д.: Феникс, 2011. – 63 с.
5. Головатый Н.Ф. Социология молодежи: Курс лекций. – К., 1999. –60 с.
6. Довідкові матеріали про становище молоді та хід реалізації державної молодіжної політики в Україні. – К.: УкрНДІ проблем молоді, – К., 2012. – С. 33-40.
7. Дитячі будинки сімейного типу як особлива форма сімейної опіки над дітьми-сиротами, позбавленими батьківського піклування (І. В. Пеша) // Український соціум. – 2013. – № 1 (2). – С .72-80.
8. Довідкові матеріали про становище молоді та хід реалізації державної молодіжної політики в Україні. – К.: УкрНДІ проблем молоді, 2013. – С. 44-57.
9. Закон України „Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію та інвалідам” від 18 травня 2004 року.
10. Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 21 березня 1991 року.
11. Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” від 16 листопада 2000 року.

12. Закон України „Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям” від 1 червня 2000 року.
13. Закон України „Про державну допомогу сім'ям з дітьми” від 22 березня 2001 року.
14. Закон України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” від 19 грудня 1996 р.
15. Ільясов Р. А. Методичний посібник з організації професійного навчання за робітничими професійними та його соціально – психологічного супроводу в умовах центрів професійної реабілітації інвалідів. – К., 2006. – 105 с.
16. Кравченко А. И. Социология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М. Издательский центр «Академия», 2002. – 321 с.
17. Казанікова О. В., Нікішина Л. Т. Проблема соціалізації дітей з обмеженими розумовими можливостями (аналіз діяльності Центру реабілітації дітей-інвалідів м. Херсон) / Практична психологія та соціальна робота. – 2001. – №8. – С. 118-122.
18. Капська А. Й. Соціальна педагогіка: Підручник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2003. – 256 с.
19. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навчально-методичний посібник – К.: УДЦССМ, 2001. – 220 с.
20. Кутішенко В. П. Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій): Навч. посіб. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 128 с.
21. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: Науково – методичний збірник / ред. Н. Софій та ін. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
22. Карнаух А. Проблеми молодіжної політики в сучасній Україні // Політичний менеджмент. Політологія. – 2005. – №4. – С. 63-69.
23. Молода сім'я України 90-х років. – К.: А.Л.Д., 1996. – 60 с.
24. Майдіков И. М. Основи соціології. – М., 1999. – 53 с.
25. Методика соціальної діагностики взаємостосунків в суспільстві / Теорія і методика соціальної роботи. – М., 1994. – 58 с.

26. Молодь України : структура цінностей, соціальне самопочуття та морально-психологічний стан за умов тотальної аномалії // Соціологія. – 2001. – № 1. – С. 5-26.
27. Медуниця О. Державна молодіжна політика в Україні // Визвольний шлях. – 2003. – Кн. 3. – С. 13-19.
28. Орбан-Лембрик Л. Є. Соціальна психологія: Підручник: У 2кн. Кн.2: Соціальна психологія груп. Прикладна соціальна психологія. – К.: Либідь, 2006. – 560 с.
29. Орбан-Лембрик Л. Є. Соціальна психологія: У 2кн. Кн.1: Соціальна психологія особистості і спілкування. – К.: Либідь, 2004. – 576 С.
30. Орбан-Лембрик Л. Є., Коцинець О. Ю. Соціально-психологічна діагностика: Навчально-методичний посібник. – Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2005. – 86 с.
31. Павловский В. В. Ювенология: проект интегративной науки о молодежи. – М.: Академический проект, 2001. – 197 с.
32. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: Навчальний посібник – К.: Кондор, 2005. – 560 с.
33. Перепелиця М. Державна молодіжна політика: молодь, про її формування та реалізацію // Віче. – 2000. – №10 – С. 47-61.
34. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми” від 27 грудня 2001 року.
35. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: “Академвидав”, 2006. – 424 с.
36. Права інвалідів в Україні. – 2-е вид., доп. – К.: Сфера, 2002. – 357 с.
37. Про додаткові заходи щодо реалізації державної молодіжної політики: Указ Президента України. – 2001. – 4-11 квітня.
38. Проблеми інвалідів в Україні. – К., 1994. – 60 с.
39. Професійна діяльність соціального працівника: зміст і організація. – М., 1993. – 33 с.

40. Про становище молоді в Україні. Щорічна доповідь президента України Кабінету Міністрів та Верховній Раді України. – Київ, 2006.
41. Реабілітація інвалідів. – К., 1999. – 78 с.
42. Радугин А. А., Радугин К. А. Соціологія. Курс лекцій. М., 1999. – 105 с.
43. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія: Навч. посіб. – К.: Академвидав, 2005. – 360 с.
44. Соціальна робота з дітьми та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи // За заг. редакцією Пінчук І. М., Толстоухової С. В. – К.: УДЦССМ, 2000. Випуск 1.
45. Соціальна політика та соціальна робота: Звіт про першу науково-практичну конференцію “Соціальна політика в Україні: вчора, сьогодні, завтра” – К., 1996. – 17 с.
46. Стан реалізації державно-молодіжної політики в Україні // Додаткові матеріали про становище молоді та хід реалізації державно-молодіжної політики в Україні. – К., 1997. – С. 56-98.
47. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями потребами – К., 2000. – 230 с.
48. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / За ред. проф. А. Й. Капської. – К.: ДЦССМ, 2003. – 168 с.
49. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю // За загальною редакцією Толстоухової С. В., Пінчук І. М. – К.: УДЦССМ, 2000. – 184 с.
50. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверєва, О.В. Безплько, С.Я. Харченко та ін.; За заг. ред.: І.Д. Зверєва та ін. – К.: ДЦССМ, 2004. – 256 с.
51. Соціальна робота з батьками, що мають дитину – інваліда / За ред. А. О. Бугана. – Рівне., 2001. – 215 с.
52. Соціальна робота: технологічний аспект. Навч. посібник / За ред. проф. А. Й. Капської. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Додаток 1

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Трош Світлана Миколаївна
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне ставовище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залучувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не захочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягти власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

30.04.2020
(дата)

[Підпис]
(підпис)

Трош С.М.
(ім'я, прізвище)

Додаток Б

Організаційно-методичні засади здійснення комплексної реабілітації учнів (вихованців) у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах

Відповідно до законодавства з метою створення умов для здобуття освіти в системі загальної середньої освіти функціонує мережа спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку: шкіл, шкіл-інтернатів, навчально-реабілітаційних центрів, навчально-виховних комплексів, об'єднань для дітей глухих, зі зниженим слухом, сліпих, зі зниженим зором, розумово відсталих, з порушеннями опорно-рухового апарату, із затримкою психічного розвитку, з тяжкими порушеннями мовлення.

Назви спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) восьми видів та термін перебування у них дітей регламентуються постановою Кабінету Міністрів України від 23.04.2003 р. № 585 «Про встановлення строку навчання у загальноосвітніх навчальних закладах для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку».

Наказом Міністерства освіти і науки України від 17.02.2004 р. № 120 «Про назви, штампи, вивіски загальноосвітніх навчальних закладів» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 26.02.2004 р. за № 248/8847) затверджено зразки написів назв загальноосвітніх навчальних закладів, у тому числі спеціальних.

В додаток до згаданого наказу спільним листом Міністерства освіти і науки України та Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва від 22.09.2004 р. № 1/9-479/6477, адресованому Міністерству освіти і науки Автономної Республіки Крим, управлінням освіти і науки обласних, Київської та Севастопольської

міських державних адміністрацій, державним реєстраторам, встановлено за можливе не відображати організаційно-правові форми в написах назв, а також на печатках, штампах і вивісках відповідних навчальних закладів.

Вилучення з назви спеціальної загальноосвітньої школи (школи-інтернату) визначення нозології контингенту учнів (вихованців) зумовлено гуманістичними підходами, численними зверненнями батьків, громадських організацій, які опікуються питаннями соціального захисту дітей з особливими освітніми потребами.

У даний час спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) працюють в умовах оновленого правового поля.

З 1 січня 2006 року уведено в дію Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», яким визначено, що спеціальні загальноосвітні навчальні заклади для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, є складовою системи реабілітації дітей-інвалідів та забезпечують якість реабілітації (абілітації) відповідно до державного стандарту у галузі освіти.

На виконання зазначеного Закону та з метою забезпечення системного підходу до організації реабілітації, запровадження державних реабілітаційних стандартів постановами Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. №1686 затверджено Державну типову програму реабілітації інвалідів (далі - Програма), від 23.05.2007 р. №757 - Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда.

Механізм складання форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда, унесення до неї змін і результатів виконання реабілітаційних заходів визначено у наказі Міністерства охорони здоров'я від 08.10.2007 р. №623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх

складання», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 19.10.2007 р. за № 1197/14464.

Індивідуальна програм реабілітації дитини-інваліда (особи віком до 18 років) розробляється лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) лікувально-профілактичної установи за місцем проживання дитини.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда (особи віком від 18 років) розробляється міжвідомчою соціально-експертною комісією (МСЕК).

Програма встановлює гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються дитині-інваліду безоплатно або на пільгових умовах з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання.

Пунктом 2.7.2 зазначеного вище наказу Міністерства охорони здоров'я України № 623 встановлено, що розділ 2 Індивідуальної програми реабілітації інваліда (дитини-інваліда) - "Психолого-педагогічна реабілітація" - заповнюється МСЕК, ЛКК з визначенням обсягу, кількості та тривалості курсів, строків виконання, послуг з консультування, діагностики, патронажу, психологічної та педагогічної корекції розвитку дітей та молоді з функціональними обмеженнями з обов'язковим залученням до заповнення цього розділу фахівців органів управління освіти, їх уповноважених представників, відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій.

Пунктом 2.7.4 наказу №623 визначено, що у розділі 4 "Професійна реабілітація" (абзац 3) дитині-інваліду обов'язково надаються рекомендації щодо форми організації навчання: у загальноосвітньому навчальному закладі, у спеціально організованих умовах: спеціальна

загальноосвітня школа, школа-інтернат, спеціальний клас (група у відповідному навчальному закладі), спеціальна навчальна програма, щадний режим навчання та ін.).

У даний час відпрацьовується методика змістового заповнення зазначених розділів Програми з метою сприяння максимального задоволення потреб у комплексній реабілітації, побажань дітей-інвалідів та їх батьків, урахування оптимальних можливостей їх задоволення.

Відповідно до Програми у спеціальних загальноосвітніх школах (школах інтернатах) для дітей з сенсорними порушеннями (глухих та зі зниженим слухом, сліпих та зі зниженим зором), з порушеннями опорно-рухового апарату), для розумово відсталих дітей учням (вихованцям) надаються такі послуги з реабілітації:

- освітні послуги (колективна форма навчання, в тому числі інтегроване, інклюзивне навчання, індивідуальна та дистанційна форми навчання);
- медична реабілітація (лікувально-профілактичні заходи);
- психолого-педагогічна реабілітація (консультування, психолого-педагогічна діагностика, психологічна та педагогічна корекція, освітні послуги);
- фізична реабілітація (лікувальний масаж, лікувальна фізкультура);
- професійна реабілітація (професійна орієнтація, допрофесійна підготовка, професійна підготовка (за наявності ліцензії);
- фізкультурно-спортивна реабілітація (ритміка, лікувальна фізкультура, навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту, заняття спортом)
- соціальна та побутова реабілітація (пристосування меблів, встановлення обладнання для адаптації приміщень, навчання основних соціальних навичок, соціально-побутовий патронаж, працетерапія).

У спеціальних школах (школах-інтернатах) з урахуванням особливостей навчально-пізнавальної діяльності діти-інваліди забезпечуються спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією, у тому числі сучасним тифлотехнічним, сурдотехнічним, іншим комп'ютерним обладнанням з відповідним програмним забезпеченням.

Реабілітація в школі (школі-інтернаті) носить комплексний характер і забезпечується поєднанням спеціального педагогічного (корекційного), психологічного, медичного супроводу (лікувально-відновлювальні, лікувально-профілактичні заходи).

Педагогічні і медичні працівники під час занять та в позаурочний час здійснюють системні спостереження учнів (вихованців), узагальнюючи їх результати з наступним обговоренням з метою внесення відповідних коректив у систему навчально-реабілітаційної роботи.

Медичний персонал систематично ознайомлює педагогів і батьків з результатами поглибленого медичного огляду дітей, санітарно-гігієнічним режимом школи (школи-інтернату), клінічними проявами порушень розвитку учнів (вихованців).

Педагогічні працівники на основі медичних висновків, результатів системного психолого-педагогічного вивчення учнів класу визначають типологічні та індивідуальні особливості їх навчання та корекційно-розвиткової роботи, для дітей-інвалідів - з урахуванням індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда.

Таким чином, особливості здійснення навчально-реабілітаційної роботи, охоронно-педагогічного режиму у спеціальній школі (школі-інтернаті) визначаються:

- спеціальною системою навчальної, виховної, корекційно-розвиткової роботи;
- створенням спеціальних умов для корекційної спрямованості навчання, виховання та подолання порушень фізичного і психічного розвитку, формування та розвиток мовлення, відновлення здоров'я;
- здійсненням індивідуального та диференційованого підходу у навчанні та корекційно-розвитковій роботі з дітьми з особливостями психофізичного розвитку з урахуванням характеру порушення.

Особливу увагу слід звернути на **якісні зміни контингенту учнів (вихованців)** спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів). Відповідно до нового Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) (пп.2.6, 2.7, 2.8) розширено контингенти учнів та вихованців.

Так, у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах, окрім дітей сліпих та зі зниженим зором, глухих та зі зниженим слухом, з порушеннями опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, розумово відсталих, з тяжкими порушеннями мовлення можуть навчатися діти з складними вадами розвитку.

Насамперед, це - діти з порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату в поєднанні з розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку та учні (вихованці) з числа дітей сліпоглухих, з аутизмом, помірною розумовою відсталістю.

Окрім того, за наявності достатньої кількості учнів, відповідної матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення у спеціальній школі (школі-інтернаті) можуть відкриватися спеціальні класи (групи) для дітей інших нозологій.

За таких умов організація навчально-реабілітаційного процесу в зазначених закладах передбачає внутрішню інтеграцію та соціальну

адаптацію дітей з різними особливостями психофізичного розвитку. Таким чином у спеціальній школі (школі-інтернаті) створюється своєрідне освітнє середовище.

Процес реабілітації дитини-інваліда повинен передбачати послідовне вирішення комплексних проблем, починаючи від складання індивідуальних реабілітаційних програм з наступним їх коригуванням. При цьому важливо забезпечити специфічність реабілітаційної роботи з дітьми-інвалідами, які мають складні вади розвитку (діти з порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату у поєднанні з розумовою відсталістю), оскільки такі діти характеризуються соціальною дезадаптацією і потребують фахового супроводження і підтримки на всіх вікових етапах.

Система реабілітації дітей-інвалідів та дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, має забезпечити комплексність і неперервність медичної, психолого-педагогічної, трудової, фізичної, соціальної реабілітації для створення оптимальних умов їх фізичного, психічного, інтелектуального розвитку.

Зокрема, **педагогічна реабілітація** передбачає запровадження комплексу заходів (у т. ч. відповідних форм, методів, змісту навчання), що створюють передумови для оволодіння дітьми з особливими освітніми потребами системою знань, умінь і навичок, застосування яких сприяє подальшому розвитку особистості: підвищення освітнього, кваліфікаційного рівня, здатність до самостійної трудової діяльності, організації побуту, адекватного планування самостійного життя.

Психологічна реабілітація спрямована на корекцію та розвиток психічних функцій, особистості в цілому, створення оптимальних умов для подальшого становлення кожної дитини як особистості в процесі засвоєння цінностей та пристосування до вимог та критеріїв суспільства.

Здійснення психолого-педагогічної, соціальної реабілітації учнів (вихованців) спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів забезпечують, насамперед, **спеціально розроблені навчальні плани з корекційно-розвитковою складовою.**

Надзвичайно важливим є **абілітаційне навчання** під час пропедевтичного періоду, особливо у підготовчому класі (формування навичок охайності, самообслуговування, спілкування, мотивації до праці, оволодіння елементарними трудовими навичками, розвиток емоційно-вольової сфери в комплексі з іншими реабілітаційними заходами).

На основі типових навчальних планів спеціальні загальноосвітні навчальні заклади складають робочі навчальні плани, у яких конкретизується варіативна складова з урахуванням специфіки організації навчально-виховного процесу відповідно до особливих освітніх потреб учнів (глухих, зі зниженим слухом, сліпих, зі зниженим зором, розумово відсталих, з тяжкими порушеннями мовлення, з порушеннями опорно-рухового апарату, із затримкою психічного розвитку).

Корекційно-розвитковою складовою інваріантної частини навчальних планів регламентується організація системної реабілітаційної роботи з учнями (вихованцями): розвиток слухового сприймання; розвиток зорового сприймання; розвиток мовлення; корекція пізнавальної діяльності; формування навичок просторового орієнтування; соціально-побутове орієнтування; формування компенсаційних способів діяльності; практичне використання знань, умінь і навичок (предметно-практична діяльність); розвиток комунікативної діяльності і творчості; фізичний розвиток.