**ЗМІСТ**

[ВСТУП 3](#_Toc63588987)

[РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ 7](#_Toc63588988)

[1.1. Діти з обмеженими можливостями здоров’я як категорія соціальної роботи 7](#_Toc63588989)

[1.2. Вітчизняний та зарубіжний досвід становлення та розвитку ідеї соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Законодавче забезпечення соціального захисту та реабілітації дітей з інвалідністю в Україні 20](#_Toc63588990)

[1.3. Сутність та особливості технологій соціальної реабілітації дітей з інвалідністю 30](#_Toc63588991)

[Висновки до першого розділу 38](#_Toc63588992)

[РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ НАПРЯМИ ТЕХНОЛОГІЙ, ЗАСОБІВ ТА МЕТОДІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ 40](#_Toc63588993)

[2.1. Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей з інвалідністю та види соціальних технологій, які використовуються в соціальній реабілітації 41](#_Toc63588994)

[2.2. Особливості технологізації процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Сучасні напрями ігротерапевтичної роботи 49](#_Toc63588995)

[2.3. Ігрова терапія як метод соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти 62](#_Toc63588996)

[Висновки до другого розділу 73](#_Toc63588997)

[РОЗДІЛ 3. СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІК ТА ТЕХНОЛОГІЙ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ, ЯК МЕТОДУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ 76](#_Toc63588998)

[3.1. Програма дослідження 76](#_Toc63588999)

[3.2. Аналіз результатів дослідження 78](#_Toc63589000)

[Висновок до третього розділу 96](#_Toc63589001)

[ВИСНОВКИ 99](#_Toc63589002)

[СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 104](#_Toc63589003)

[Додатки 115](#_Toc63589004)

# ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Діти з інвалідністю, яких на теперішній час в Україні налічується понад 150 тис., єнайбільш беззахисними та вразливими членами суспільства, що потребуютьособливих умов навчання і виховання, мають недостатнє матеріальнезабезпечення з боку держави, позбавлені сприятливого соціальногосередовища для задоволення своїх потреб, соціокультурно не мобільні,страждають від недосконалої системи соціальної підтримки. Соціальнаробота з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я спрямована назабезпечення їх активного спілкування з однолітками, членами родини;доступності ресурсів навколишнього світу; підтримки з боку державних тагромадських інституцій і передбачає їхню соціальну реабілітацію, корекцію,соціально-педагогічну підтримку, соціальну інтеграцію, адаптацію,дотримання їхніх конституційних прав тощо.

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

Створення системи ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів при здійсненні професійної, медичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими фізичними і психічними можливостями дає змогу завершити формування цілісної реабілітаційної системи в Україні, проводити цілеспрямовану загальнодержавну політику запроваджувати новітні реабілітаційні методики, спільними зусиллями спрямувати їх на допомогу та вирішення проблем дітей-інвалідів.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.**Вітчизняними науковцями проведено чимало досліджень зрізноманітних проблем соціальної роботи з дітьми з обмеженимиможливостями здоров’я (С. В. Грищенко, А. Й. Капська, В. Т. Мошняга,Є. І. Холостова, О. Р. Ярська-Смірнова та ін.). Зокрема проаналізованосоціально-педагогічну підтримку та соціальну реабілітацію таких дітей(І. Д. Звєрєва, І. Б. Іванова, В. І. Ляшенко, О. Л. Молчан, В. В. Тесленко таін.); можливості їхньої фізичної реабілітації (С. М. Афанасьєв, С. П. Демчук,О. А. Юрченко, Л. В. Шапкова та ін.) і соціальної інтеграції (А. В. Батова,Д. В. Зайцев, Н. О. Мирошніченко, І. А. Солодовнікова та ін.); організаціюсоціально-педагогічної роботи з батьками (Н. В. Грабовенко,І. В. Макаренко,Т. Г. Соловйова, Я. І. Юрків та ін.); проблеми правового становища(М. Г. Єрмілова, І. О. Сагайдак, В. С. Тарасенко, І. В. Ушанков та ін.) тощо.

Організація соціальної реабілітації дітям, позбавленим можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного або психічного розвитку, потребує, в першу чергу, зміни ставлення суспільства до дітей з особливими потребами та проблеми інвалідності в Україні взагалі.

Особливо слід звернути увагу на соціальну реабілітацію дітей та молоді з особливими потребами. Адже ці особи менш підготовлені до життя і тому потребують відповідної допомоги. Необхідно знайти нестандартні підходи до роботи з дітьми з інвалідністю. Якщо говорити про досить ранню соціальну реабілітацію дітей з інвалідністю та входження її в соціальне оточення, постає необхідність впровадження в дошкільні заклади освіти методів, технік та технологій соціальної реабілітації, які можливо використовувати саме при соціально-педагогічній реабілітації дошкільнят. Саме це і обумовило вибір теми магістерської роботи.

**Об’єкт дослідження –** діти з особливими освітніми потребами дошкільного віку.

**Предмет дослідження *–***вивчення особливостей здійснення соціально-педагогічноїреабілітації дітей з інвалідністю засобами ігрової терапії.

**Мета дослідження** полягає у вивченні та аналізі літератури з питань особливостей дітей з інвалідністю, а також дослідженні сучасних форм, методів, технік та технологій соціально-педагогічної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти.

Гіпотеза дослідження базується на припущенні, що успішний процес соціально-педагогічної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти стане більш ефективним за умови комплексного застосування технік та технологій ігрової терапії.

Об’єкт, предмет та мета дозволили сформувати такі **завдання**магістерської роботи:

1. Розкрити поняття «дитина з обмеженими можливостями здоров’я» як категоріясоціальної роботи.
2. Охарактеризувати соціально-педагогічні особливості дітей з інвалідністю.
3. Розглянути сутність та зміст соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.
4. Визначити сутність та особливості технологій соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.
5. Розглянути законодавчу базу організації соціально-реабілітаційної діяльності з даною категорією дітей.
6. Проаналізувати особливості технологій соціальної роботи та вплив на соціальну реабілітацію дітей з інвалідністю ігрової терапії
7. Провести соціологічне дослідженняособливостей впровадження та використання технік та технологій ігрової терапії, як методу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти.

**Наукова новизна** дослідження полягає у дослідженні теоретичних основ соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного навчального закладу та впровадження в процес соціально-педагогічної реабілітації технологій ігрової терапії.

**Теоретичне значення**полягає в обґрунтуванні впровадження та позитивного впливу методів та технологій ігрової терапії на процес соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти.

**Практичне значення роботи** дослідження полягає в тому, що запропоновані дослідження можуть бути використані в практичній діяльності фахівців соціально-психологічної сфери: соціальними педагогами, психологами тощо, під час діяльності спрямованої на здійснення соціально-педагогічної реабілітації в умовах дошкільного закладу освіти з дітьми з інвалідністю.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети, розв’язання поставлених завдань використано загальнонаукові методи дослідження: теоретичні методи (аналіз, порівняння, моделювання, узагальнення); емпіричні методи (анкетування, метод експертних оцінок), методи статистичної та аналітичної обробки даних.

**Апробація результатів дослідження.**

**Публікації:**

Іванова О.М., Куян О.О. «Особливості соціально-педагогічної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного освітнього закладу» / Психологічні науки: теорія і практика сучасної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 14-15 серпня 2020 р. – Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2020. – 136 с.

Іванова О.М.

**Структура та обсяг магістерської роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з \_\_\_\_ найменувань та \_\_\_\_ додатків. Основний зміст роботи викладений на \_\_\_\_\_ сторінках. Загальний обсяг роботи – \_\_\_\_ сторінок.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## 1.1. Діти з обмеженими можливостями здоров’я як категоріясоціальної роботи

Соціальна робота – це унікальний вид професійної діяльності, щополягає в наданні соціальної допомоги особистості, родині, групі чиспільноті осіб, які опинилися у складній життєвій ситуації шляхомзабезпечення матеріального, соціального, культурного рівня життя тапідвищення добробуту народу загалом; посиленні та відновленні здатностіклієнтів до соціального функціонування в широкому діапазоні різноманітнихсфер соціального життя, активізації людиною власних зусиль, розвиток їїособистісних ресурсів [4, с. 23].

У широкому розумінні А. І. Ляшенко розглядає соціальну роботу яквплив громадськості на соціальне облаштування суспільства шляхомформування і реалізації соціальної політики, спрямованої на створеннясприятливих умов для життєдіяльності людини; у вузькому – як професійнудіяльність, що здійснюється професійно-підготовленими спеціалістами, їхпомічниками, і спрямовану на надання індивідуальної допомоги людині,сім’ї, групі осіб, які потрапили у важку життєву ситуацію, шляхомінформування, консультування, натуральної чи фінансової допомоги,догляду, обслуговування, педагогічної і психологічної підтримки тощо [90].

Аналіз вітчизняної і зарубіжної наукової літератури дозволяє дійтивисновку про відсутність узагальненого погляду на трактування поняття«соціальна робота». Єдине, в чому збігаються погляди різних авторів, – цевизнання соціальної роботи як практичної професійної діяльності. Щодоінших характеристик цієї діяльності, зокрема мети, об’єкта, суб’єктасоціальної роботи, то думки науковців відрізняються. В. О. Нікітін пояснюєцей факт тим, що соціальна робота, як нова сфера наукового знання, дотеперпродовжує завойовувати своє місце серед інших наук та перебуває на стадіїеволюційного формування, а практичні професійні питання, вирішеннямяких займаються соціальні працівники, надзвичайно складні та різноманітні,що ускладнює систематизацію методів та принципів організації регулюванняїхньої професійної діяльності. Особливість практичної професійноїсоціальної роботи полягає також у тому, що зміна об’єктивних умов наданнясоціальної допомоги та підтримки неминуче породжує нові соціальніситуації, зміну в стосунках між людьми в процесі соціальної роботи. Цезумовлює необхідність використання адекватних новим ситуаціям методів,технологій і стратегій втручання, впровадження інноваційних підходів. Узв’язку з цим практична професійна соціальна робота перебуває у постійномупошуку та трансформації, що призводить до розширення різних цільовихгруп та категорій клієнтів соціальної роботи [88, с. 5-6].

Науковці (Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова та ін.), розглядаючи соціальнуроботу як професійну діяльність, відзначають, що її практична спрямованістьреалізується державними і недержавними організаціями, соціальнимиінституціями, групами і окремими індивідами, які мають належнупрофесійну підготовку з надання соціальної допомоги та працюють у сферісоціального захисту населення, освіти, охорони здоров’я, соціальних служб,спеціалізованих закладів і установ. Тому соціальна робота – це, з одногобоку, фінансово-матеріальна, соціально-педагогічна, психологічна,юридична, медична підтримка з боку держави, а з іншого – створеннявідповідних соціальних умов для самовдосконалення і самореалізаціїклієнтами власних можливостей.

Зазначена практична спрямованість реалізується такими видамисоціальної роботи, як: соціальна діагностика і профілактика; соціальнареабілітація; соціальна корекція і терапія; соціальне проектування; соціальнепрогнозування; соціальна експертиза; соціальне посередництво; соціальнеконсультування; соціальне забезпечення; соціальне страхування; соціальнаопіка й опікунство [81, с. 31-33].

Соціальна робота з цією категорією клієнтів передбачає широкийкомплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що полягає увиявленні, визначенні та вирішенні проблем дитини з інвалідністю дитини з метою реалізаціїта захисту її прав на повноцінний розвиток; індивідуально-зорієнтованійдопомозі і співробітництві в її життєвому самовизначенні [77].

Отже, діти з обмеженими можливостями здоров’я є однією з категорійсоціальної роботи. Зауважимо, що дитина з інвалідністю – це особа, яка не досягла 18-річного віку, має певні фізіологічні або(і) психоемоційні розлади органів і систем організму та відповідно дочинного законодавства набуває статусу дитини-інваліда і має право наотримання соціальної допомоги з боку держави [54]. Загальні гарантіїправового статусу дітей з обмеженими можливостями здоров’я закріплені вЗаконі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів» [60].

Правовий статус дитини з інвалідністю характеризується такими ознаками:

1) відображає принципи соціальної держави, принципи гуманізму уставленні держави до дитини, яка має обмежені можливості;

2) визначається наявністю окремого фонду соціального страхування,створеного із внесків державних підприємств, організацій і установ, кошти зякого спрямовуються на потреби соціального забезпечення громадян,зокрема в разі настання інвалідності;

3) надає підстави, умови і рівень соціального забезпечення дітей зобмеженими можливостями здоров’я на основі врахування їх специфічнихпотреб та інтересів;

4) охоплює права, що охороняються законом, інтереси цієї категоріїосіб та їх гарантії в сфері відносин з матеріального забезпечення, соціальногообслуговування, соціально-трудової та медичної реабілітації, в інших галузяхсуспільного життя [2, с. 23].

Діти з інвалідністю мають правокористуватися системою юридичних гарантій правового положення дитини зобмеженими можливостями в Україні, до якої належать: внутрішньодержавніта міжнародно-правові гарантії; загальні гарантії та гарантії залежно відгрупи інвалідності, віку і ступеня обмеження життєдіяльності [54].

Отже, поняття «діти з інвалідністю» охоплюєкатегорію осіб, життєдіяльність яких характеризується повними абочастковими обмеженнями, що призводять до соціальної дезадаптації,неуспішної або сповільненої соціалізації, нездатності здійснюватинормальну життєдіяльність способом або в межах, що вважаютьсяприйнятними для людини даного віку, може бути тимчасовим або постійним,а також прогресуючим і регресивним. Такі «обмеження в можливостях здоров’я» зумовлені фізичними, психічними,сенсорними, соціальними,культурними, законодавчими та іншими бар’єрами, які не дозволяють дитинібути інтегрованою в суспільство і брати участь в житті сім’ї та держави натих самих умовах, що й інші члени суспільства.

Слід зауважити, що до зазначеної категорії входять діти-інваліди, аледля заміщення поняття «інвалід», що характеризує дітей, чиє життявідрізняється від традиційного поняття дитинства і зазвичай наповненефізичним болем і душевними стражданнями, використовують інші терміни, асаме: «діти з обмеженими можливостями здоров’я», «діти з особливими освітніми потребами», «діти з відхиленнями (порушеннями) у розвитку», «особливі»діти тощо.

Причинами обмежених можливостей здоров’я дитини можуть бути яквнутрішні (ендогенні), так і зовнішні (екзогенні) чинники. До внутрішніхчинників належать: вроджені вади, зміни у генетичному матеріалі, хвороби,що передаються спадковим шляхом. Зовнішніми чинниками є: механічні(поранення, удар), фізичні (дія електроструму, тепла, холоду), хімічні (діяотруйних речовин), біологічні (хвороботворні мікроби, віруси), психічні(переляк, стрес, психологічні травми).

Розрізняють такі види обмежень дитячої життєдіяльності: діти зпорушеннями слуху і мови (глухі, слабочуючі, логопати), зору (слiпi,слабозорі), інтелектуального розвитку (розумово вiдсталi із затримкоюпсихічного розвитку), головного мозку та опорно-рухового апарату;комплексними порушеннями психофiзiологiчного розвитку (глухонімі,слiпоглухонiмi, ДЦП з розумовою вiдсталiстю); хронічними соматичнимизахворюваннями; інфекційними захворюваннями; психоневрологічнимизахворюваннями (ідіотія, аутизм); з дисгармонійним розвитком [63, с. 2-7].

За ступенем мобільності розрізняють складні та важкі обмеженіможливості здоров’я. Так, до складних відносять: поєднання фізичних іпсихічних відхилень (дитячий церебральний параліч (ДЦП), синдром Дауна(СД) тощо), коли пересування дитини відбувається з використаннямдопоміжних засобів та потребує сторонньої допомоги. Важкимиобмеженнями вважають поєднання у дитини фізичних і психічних відхилень,за яких оволодіння освітою в обсязі державних стандартів є неможливим(ідіотія, аутизм, повне ураження нижніх і (або) верхніх кінцівок тощо), апересування повністю обмежене та (або) потребує постійного нагляду.

Існує чимало класифікацій обмежень в здоров’ї та розвитку дитини.Однією з найбільш поширених є британська шкала обмежених можливостей:

– обмежена дієздатність можливостей – втрата здатності виконуватипевну діяльність в межах того, що вважається нормою;

– недієздатність – неможливість внаслідок хронічних психофізичнихобмежень усвідомлювати значення своїх дій, керувати ними та нести
юридичну відповідальність.

Рішення про визнання статусу дитини-інваліда здійснюєлікарськоконтрольна комісія (ЛКК) дитячого лікувально-профілактичного закладу замісцем проживання дитини. Після проведення діагностичних, лікувальних тареабілітаційних заходів спеціалісти ЛКК фіксують медично-консультативнийвисновок в особовій справі дитини та видають її батькам (опікунам,піклувальникам, усиновителям) або керівництву закладу, де вона перебуває(у випадку дитини-сироти). З моменту визнання дитини інвалідом вона маєправо на отримання державної соціальної допомоги до досягнення нею 18-річного віку. Розмір державної соціальної допомоги призначається у такихрозмірах: для дитини-інваліда I групи – 100% прожиткового мінімуму; IIгрупи – 80%; III групи – 60%.

Підставою призначити дитині з обмеженими можливостями здоров’япершу групи інвалідності є різко виражене обмеження життєдіяльності,зумовлене захворюваннями, уродженими дефектами, що призводять досоціальної дезадаптації, нездатності до самообслуговування, самостійногопересування, орієнтації в просторі, контролю своєї поведінки, внаслідок чоговона потребує постійного стороннього нагляду, догляду чи допомоги.

Друга група інвалідності встановлюється за наявності вираженихобмежених можливостей в здоров’ї, які, незважаючи на проведене лікування,утруднюють соціальну адаптацію дитини. Як наслідок, такі діти лишечастково можуть контролювати свою поведінку; їх навчання проводиться успеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдомашніх умовах; їх спілкування відбувається з використанням допоміжнихзасобів та (чи) за допомогою інших осіб.

Третя група інвалідності призначається у випадку помірних обмежених можливостей в здоров’ї, що дозволяють дитині навчатися в освітніх закладах загального типу при дотриманні спеціальних умов навчального процесу. Їх спілкування характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації. Їм притаманне часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку, а орієнтація в просторівідбувається з використанням допоміжних засобів (окулярів, слуховогоапарату тощо).

Щодо дітей-сиріт з обмеженими можливостями здоров’я, то слідзазначити, що з 4-х до 18-ти років вони перебувають в спеціалізованихдитячих будинках-інтернатах. Залежно від інвалідності, дітей-сирітнаправляють до закладів відповідного типу: для дітей з фізичними вадами інормальним інтелектом шкільного і дошкільного віку, в яких значноутруднене або неможливе самостійне пересування і які частково себеобслуговують; для дітей-імбецилів (фізично здорових, але з глибокоюрозумовою відсталістю, ідіотією), які можуть самостійно пересуватись, алене здатні контролювати свою поведінку; для ліжково-хворих дітей різногоступеня розумової відсталості, які страждають важкими порушенняминижніх та верхніх кінцівок, не можуть обслуговувати себе та самостійнопересуватися. Щомісяця на рахунок установи (закладу) за місцемперебування дитини-сироти з обмеженими можливостями здоров’яперераховується 50% державної соціальної допомоги, а решта 50% на їївласний рахунок [60].

Характеризуючи таку цільову групу клієнтів соціальної роботи, як дітиз обмеженими можливостями здоров’я, А. Й. Капська зауважує, що крімпсихологічних та фізіологічних чинників потрібно враховувати низку інших:вік, стать, інтереси, здібності, освітню установу, яку відвідує дитина (якщообмеження в здоров’ї дозволяє відвідувати навчальні заклади), рівеньнавчання і спілкування, наявність поведінкових відхилень, патологічнізвички, мовленнєві і психічні відхилення, адже кожна дитина з обмеженимиможливостями має свою унікальність та неповторність [69, с. 331].

Таку саму думку висловлює В. В. Тесленко і наголошує на тому, щодітей з обмеженими можливостями здоров’я необхідно розглядати не яканомальну, а як особливу групу. Внаслідок їхньої особливої вразливості,відсутності сприятливого середовища для задоволення своїх потреб,обмеження соціокультурної мобільності та відсутності повноцінноговикористання життєвих шансів, діти з обмеженими можливостями здоров’япотребують особливої уваги, що безперечно актуалізує соціальну роботу зними, інтеграцію та адаптацію, соціальну реабілітацію, соціально-педагогічну підтримку,дотримання їхніх конституційних прав та сприяннядоступності ресурсів навколишнього світу [75].

Вітчизняні науковці зробили неабиякий внесок у розвиток соціальноїроботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, про що свідчатьроботи А. Й. Капської [69], І. Б. Іванової [63], Є. Р.Ярської-Смірнової [12],О. В. Безпалько [13], В. Т. Мошняга [105] та ін. Науковці зауважують, щоособливу увагу в соціальній роботі з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’я необхідно приділяти вдосконаленню системи соціальної підтримки,охорони здоров’я; реалізації реабілітаційних програм для збереженняфізичної та розумової активності таких дітей; створенню умов для їхподальшого самостійного життя та успішної інтеграції в здорове суспільство.

Особливу роль, як наголошує М. В. Перфільєва, відіграє сім’я, в якійвиховується дитина з обмеженими можливостями здоров’я: її психологічний,економічний і культурний статус; педагогічна культура батьків; емоційнаадаптація батьків до проблеми інвалідності дитини; психологічний клімат вродині, який створює сприятливе чи несприятливе середовище дляемоційного розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров’я;готовність батьків (активна/пасивна) співпрацювати із соціальнимпрацівником; соціально-психологічна адаптованість дитини до власнихпроблем і потреб, пов’язаних з інвалідністю. Поява в сім’ї дитини зобмеженими можливостями здоров’я докорінно змінює життя батьків, їхзвичний побут, ставлення до інших дітей. Якщо народження здорової дитинипривносить у життя сім’ї почуття радості, гордості, ніжності, то народженнядитини з обмеженням життєдіяльності є для родини психологічним стресом,наслідком якого може бути порушення психіки із-за пережитого шоку [35].

Зміни у функціонуванні сім’ї, яка виховує дитину з обмеженимиможливостями здоров’я, як зазначає В. В. Ткачова, відбуваються на кількохрівнях: психологічному, соціальному, соматичному. Так, психологічнийрівень характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферахбатьків, а саме: постійним емоційним напруженням, психологічнимпригніченням, тривожним сімейним кліматом, відчуттям провини, впаданняму відчай. Зміни на соціальному рівні виявляються у порушеннях подружніх,батьківських та сімейних стосунків (обмежене спілкування з родичами,друзями, відсторонення від людей, соціальна ізоляція). На соматичному рівнізміни виникають внаслідок великих перевантажень, коли у батьківпроявляться різні соматичні захворювання, астенічні та вегетативні розлади.

Ситуація ускладнюється тим, що батькам бракує відповідних психологічних,педагогічних та медичних знань, необхідних для виховання та розвиткудитини з інвалідністю. У таких сім’ях виникають матеріально-побутові, фінансові(пов’язані з необхідністю сплачувати медичні процедури, ліки, інваліднівізки, слухові апарати, ортопедичне взуття, окуляри, спеціальні функціольно-механічні ліжка, інші необхідні обладнання тощо) та житлові проблеми [76].

У зв’язку з цим соціальної допомоги потребує не лише дитина зобмеженими можливостями здоров’я, але й члени родини, які виховуютьтаку дитину.

Науковці (Н. Ф. Дементьєва, О. І. Холостова) визначають бар’єри, зякими стикаються діти з обмеженими можливостями здоров’я, а саме:емоційний – негативна реакція здорових дітей на інвалідність (глузування,недоброзичливість, цікавість, страх, антипатія), що призводить до деформаціїособистості хворої дитини; просторово-середовий – обмежує дитину впересуванні, орієнтації (відсутність необхідного устаткування тапристосувань для побутових процесів); інформаційний – утруднення внавчанні, отриманні інформації, що зумовлює мінімальний рівень розвиткуінтелекту дитини, її здатності до пізнання, самооцінки та оцінкинавколишньої дійсності; комунікативний – обмеження та деформаціяпроцесу спілкування із здоровими однолітками через фізичні недоліки,інтелектуальні відхилення та (чи) мовні дефекти. Як наслідок, такийнегативний досвід спілкування може сформувати в дитини з обмеженимиможливостями здоров’я неадекватний образ світу людських стосунків,призвести до психологічних травм [92].

До соціальних проблем дітей з обмеженими можливостями здоров’я О. М. Дікова-Фаворська відносить: соціальний аутизм (відсторонення віднавколишнього світу), відставання у соціальному розвитку, зумовленіізольованістю від здорового середовища, відсутність соціального досвіду. Надумку автора, це ускладнює соціальну інтеграцію та адаптацію дитини і, якнаслідок, призводить до соціальної девіації (порушення або відсутностісоціальних норм). Тому дітям з обмеженими можливостями здоров’янеобхідно спілкуватися зі своїми однолітками, розширювати соціальніконтакти, щоб задовольняти потреби в спілкуванні, навчанні та розвитку [45].

Головною проблемою дітей з обмеженими можливостямиІ. В. Татьянчикова вважає порушення їх зв’язку зі світом, обмеження мобільності, обмежене спілкуванні з природою, недоступність низкикультурних цінностей, а іноді й елементарної освіти. Ця проблема єнаслідком не тільки фізичного і психічного стану здоров’я дитини, але йнаслідком соціальної політики та усталеної суспільної свідомості, аджедитина-інвалід може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток,який не маєпроблем зі здоров’ям, але виявити свій талант, розвинути його їйзаважаєнерівність соціальних можливостей. Тому одним з напрямівдержавної політики, що передбачає включення дітей з обмеженимиможливостями здоров’я (за винятком крайніх ступенів фізичного чирозумового недорозвинення) в освітнє середовище, є інклюзивна освіта –комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям зособливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання узагальноосвітніх навчальних закладах з урахуванням індивідуальнихособливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей. На противагудомашній освіті, яка обмежує спілкування дитини, інклюзивна освіта надаєдитині можливість брати участь у житті колективу і мати дружні стосунки зіншими дітьми, сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному таемоційному розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров’я [72].

Характеризуючи дітей з обмеженими можливостями здоров’я,Л. О. Ханзерук наголошує на впливі соціальних умов на формування їхньоїособистості. Так, перебування в медичних закладах («госпітальнийсиндром») або обмежене спілкування вдома («синдром домашньоїізольованості») спричиняють формування таких рис, як пасивність,сором’язливість, невміння відстояти власні інтереси, чутливість, замкненість.Такі діти часто не здатні до адекватної оцінки своїх вчинків і поведінкиоточуючих, що перешкоджає налагодженню комунікативної взаємодії зними. Ускладнюють ситуацію характерні відхилення у розвитку емоційно-вольової сфери такої дитини,зокрема підвищена схильність до страхів,низька мотивація до діяльності, наївність суджень, недостатняорієнтація у побуті та практичних життєвих проблемах, небажання виконуватисамостійну діяльність тощо [91].

Пріоритетними принципами соціальної роботи з дітьми з обмеженимиможливостями здоров’я, на думку Г. С. Гикавої, є: дотримання прав дитини;надання державних гарантій у сфері соціального обслуговування;забезпечення рівних можливостей щодо отримання соціальних послуг іїхньої доступності для дітей; доступність всіх видів соціальногообслуговування; орієнтація соціального обслуговування на індивідуальніпотреби дитини з обмеженими можливостями здоров’я; пріоритетністьзаходів із соціальної адаптації таких дітей; відповідальність органівдержавної влади, місцевого самоврядування за дотримання прав дітей зобмеженими можливостями здоров’я у сфері соціального обслуговування[31, с. 35].

На основі зазначених пріоритетних принципів сформовано напрямисоціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, а саме:

– вивчення соціально-психологічного стану дитини з обмеженимиможливостями здоров’я;

– координація роботи з різними соціальними інститутами, щоопікуються проблемами дітей з обмеженими можливостями здоров’я усуспільстві;

– організація культурно-дозвільної діяльності дітей з обмеженимиможливостями здоров’я через проектування та впровадження різноманітнихпрограм та форм роботи соціальних служб;

– організація консультацій для сім’ї, що виховує таку дитину, зюридичних, правових, психолого-педагогічних питань;

– розвиток потенційних творчих можливостей дітей з обмеженимиможливостями здоров’я;

– формування якостей особистісної самодіяльності засобами спеціальнорозроблених психотренінгів; – проведення соціально-педагогічних дослідженьособливостей соціалізації дітей з обмеженими можливостями здоров’я з різнимитипами захворювань;

– здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи;

– побутова реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров’я(навчання елементам самообслуговування та норм елементарної поведінки врізних мікросоціумах);

– проведення психологічного консультування дітей з обмеженимиможливостями здоров’я з особистісних проблем;

–соціальна реабілітація тощо [26].

Видами соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’я є такі: соціальна допомога; соціальний патронаж; соціальнареабілітація; надання соціально-психологічної, психолого-педагогічної,соціально-медичної, юридичної, інформаційно-консультативної допомоги тапідтримки з метою покращення їх життєдіяльності. Вибір виду соціальноїроботи залежить від специфіки життєдіяльності конкретної дитини, що, всвою чергу, зумовлює індивідуалізацію форм і методів роботи з нею,спрямованих на формування індивідуальності кожної дитини з урахуваннямїї потенційних можливостей і потреб. Так, соціальний працівник повиненвраховувати, що під час роботи з ліжково-хворими дітьми (з пошкодженнямспинного мозку, кістково-м’язової системи) необхідною умовою їхсоціальної адаптації є створення атмосфери соціального середовища в місцяхїхнього перебування. Діти, які мають комунікативні труднощі, в процесінтеграції включаються поступово та потребують спеціальної допомоги:сурдоперекладу, спеціальних озвучених путівників, слухових апаратів,азбуки Брайля тощо. Діти з проблемами пересування та орієнтації в просторіпотребують спеціальних пристосувань (милиць, інвалідних візків),відповідного догляду, допомоги, а також формування таких якостей, яксамостійність, прагнення до взаємодії і співпраці, що прискорює процес їхадаптації та соціалізації.

З цього приводу О. Р. Ярська-Смірнова зазначає, що особливе місце вроботі соціального працівника з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’я займає індивідуальна та групова робота з ними. Індивідуальнаробота будується з урахуванням особливостей, здібностей та інтересів, рівнярозвитку вмінь і навичок дитини-інваліда. Саме індивідуальні консультаціїщодо навчання, вирішення юридичних питань з прав та пільг, медико-соціальної та психологопедагогічної допомоги є однією з форм роботи зтакими дітьми та їх родинами.

Щодо групової роботи, то вона спрямована наоб’єднання дітей з обмеженими можливостями здоров’я та членів їхніх сімейв клуби за інтересами, які сприяють розвитку та адаптації, спілкуванню,духовному розкріпаченню та заохоченню таких дітей до активного життя.Для побудови взаємозв’язків дитини з обмеженими можливостями здоров’я змакро- і мікросередовищем, розвитку і збереження її психофізичнихможливостей соціальні працівники впроваджують такі організаційні формироботи, як-от: тренінги; семінари; бесіди; клуби спілкування; творчі групирозвитку; недільні зустрічі для дітей, які не навчається у державних закладах;реабілітаційні центри; гуртки з декоративно-прикладної, художньої талітературної творчості; виїзні консультації у школах-інтернатах; конкурси,фестивалі і виставки художньої творчості; відвідування закладів культуритощо [21].

Отже, соціальна робота з дітьми з обмеженнями можливостямиздоров’я – це вкрай складна та багатогранна професійна діяльність,ефективність здійснення якої залежить від рівня підготовленості соціальнихпрацівників щодо неї.

## 1.2. Вітчизняний та зарубіжний досвід становлення та розвитку ідеї соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Законодавче забезпечення соціального захисту та реабілітації дітей з інвалідністю в Україні

На теперішній час процес соціалізації є предметом дослідження фахівцівбагатьох галузей наукового знання. Психологи, філософи, соціологи, педагоги,соціальні психологи розкривають різні аспекти цього процесу, досліджуютьмеханізми, етапи та стадії, фактори соціалізації.

Сьогодні у літературі ми зустрічаємо таке визначення інвалідності: «Інвалід– це особа, яка має порушення здоров‘я зі стійкими розладами функційорганізму, обумовлене захворюванням внаслідок травм чи дефектів, щопризводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність йогосоціального захисту».

За даними ООН, у світі числиться приблизно 450 мільйонів людей зпорушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частинунаселення нашої планети. Дані всесвітньої організації охорони здоров‘я (ВООЗ)свідчать, що кількість таких людей у світі досягає 13% (3% дітей народжуютьсяз вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами).Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями.

Більше того, у нашій країні, як і в усьому світі, простежується тенденціязростання кількості дітей-інвалідів. За даними Міністерства охорони здоров'яУкраїни збільшився рівень чисельності дітей-інвалідів з 146930 у 1997 році до152210 чоловік у 1998 році, що становить 3.6% приросту за рік.

Найпоширенішими причинами інвалідності є захворювання нервовоїсистеми та органів чуття, дитячий церебральний параліч, психічні розлади,вроджені вади розвитку. Третина дітей інвалідів – сільські мешканці, двітретини – міські жителі. Майже 20 відсотків дітей-інвалідів перебувають вдержавних установах, тобто виховуються поза сім‘єю.

Сьогоднішня політика по відношенню до інвалідів – результат її розвиткупротягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умовижиття, а також соціальну та економічну політику у різні періоди часу. Однак увідношенні до інвалідів склалося багато специфічних факторів, які впливають наумови їх життя. Неосвіченість, зневага оточуючих, зневіра і жах – ці соціальніфактори ізолювали інвалідів та затримали їх розвиток, про це свідчить історія.

Протягом багатьох років політика у відношенні до інвалідів розвиваласявіделементарного догляду у спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та дореабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до нихабсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, їх менше, активно допомагають їм.Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічнунеповноцінність людини із серйозними фізичними вадами прирікає інвалідів наповну ізоляцію: їх не побачиш на підприємствах, у культурних закладах, інформації про них дуже мало на сторінках періодики. Значною мірою цеобумовлено нашим минулим.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вонасприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку,труднощами у самообслугованні, спілкуванні, придбанні професійних навиків.Засвоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючусистему суспільних відношень потребує від суспільства певних додатковихзаходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри пореабілітації, учбові заклади тощо).

Дослідження історичного аспекту соціальної реабілітації дає змогуправильно оцінити значення кожного етапу для подальшого розвитку теоріїсоціальної реабілітації, узагальнити сучасну практику і виявити причинисучасного стану цієї галузі педагогічної науки. Таке дослідження сприяєпопередженню спроб поспішного, науково необґрунтованого розв‘язанняскладних соціально-педагогічних проблем в умовах будівництвадемократичного суспільства.

Упродовж розвитку людського суспільства так чи інакше поставало питанняпро вироблення форм громадської опіки, лікування, а пізніше й навчання дітей зобмеженими психофізичними можливостями. Обсяг такої допомоги залежав відбагатьох факторів, передусім стану розвитку економіки, виробничих силсуспільства і характеру виробничих відносин, визначався політичним,моральним, релігійним світоглядом, станом розвитку науки, охорони здоров‘якультури, освіти.

Монастирський етап (Х - середина ХVIII ст.)Історія опікунства дітей з вадами психічного чи фізичного розвитку вУкраїні сягає давніх часів. Перші офіційні документи про опіку датуються X ст.,коли князь Київський Володимир Святославович указом від 996 р. зобов‘язавцеркву дбати про таких осіб. Є докази, що в Києво-Печерській лаврі вже впершій половині XI ст. відкрився притулок для дітей, у якому окрім сиріт, хворих та убогих, перебували й такзвані калічні діти (глухі, сліпі,недоумкуваті). На утримання закладів громадської опіки передбачалася частинакоштів від княжих прибутків, яка передавалася монастирям. В історіїдефектології (О. Д’ячков, М. Ярмаченко, Х. Замський) наводяться факти про те,що в X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікалинеповноцінних дітей, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу тарізних ремесел.

З прийняттям християнства в Київській Русі було запроваджено закони зВізантії, які увійшли до складу громадських Кормчих книг. Стосувалися вонистановища - сліпих, глухонімих, божевільних та нестямних у сім‘ї, охорониїхнього майна та інших громадських прав, відповідальності перед кримінальнимзаконом.

Таким чином, вже за часів Київської Русі виявлялися милосердя й гуманізмщодо убогих та калічних і мали певне відображення в офіційних законах. Наоснові нормативних актів і системи суспільного піклування, здійснюваногоголовним чином монастирями, формувалося суспільне ставлення до осіб звадами психофізичного розвитку.

В епоху XV-XVII ст. в Україні значного поширення набували - «богадільнішпиталі», які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам.Призначення богаділень не було чітко вираженим. До них приймалися каліки,безумні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, котрі внаслідок певнихобставин жили за рахунок суспільства. Проте вже існуючі форми опіки дітей іпідлітків були недостатніми. Їхня діяльність обмежувалася лише тим, що до цихосіб ставилися досить терпимо.

Медичний етап (XVIII - XIX ст.)У XVIII ст. відбулися окремі позитивні зміни в економічному такультурному перетворенні Росії, розвитку науки і освіти. Швидкими темпамирозвивалися педагогіка, медицина, зокрема психіатрія. Активізувалася йдіяльність держави в питаннях виховання обездолених та калічних дітей. У цей період розроблялися заходи приватногопорядку щодо влаштування богаділень,відкриття спеціальних виховних будинків для безумних. Вироблялися форми їхопіки, вживалися заходи загального характеру. Це можна вважати першимисерйозними кроками у створенні системи громадської опіки.

Медичний етап характеризувався активізацією діяльності земських лікарів-психіатрів; організацією для розумово відсталих осіб при психіатричнихлікарнях спеціальних дитячих відділень. На цьому етапі було зроблено першікроки до вивчення потреби у спеціальному навчанні й вихованні осіб з вадами урозумовому розвитку. Допомога недоумкуватим стає не лише виявоммилосердя, гуманності, але й соціальною потребою, засобом полегшення долібатьків.

Лікувально-педагогічний етап (XX ст.)На цьому етапі було властиве прагнення до вивчення причин природидефективного розвитку з метою раціональної організації лікувально-виховноїроботи з такими дітьми.

Під впливом енергійної діяльності педагогів-ентузіастів, лікарів ігромадських діячів освіти П.О. Бутковського, І.О. Сікорського, М.Д. Аленич,Ф.І. Ширяєва та ін. формується думка про можливість і необхідністьспеціального виховання та навчання розумово відсталих дітей. На початку XXст. для таких дітей почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжнікласи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти цяформа педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свогоподальшого розвитку.

У радянський період в Україні, як і в Росії, здійснюється диференціаціясистеми фахової освіти, її структурне удосконалення, перехід від трьох довосьми типів спецшкіл. Вважалося, що в галузі освіти і вихованнядітям-інвалідам у СРСР надані усі можливості. Дотепер вони в основному одержуютьсередню освіту лише в інтернатах. Практично ж система шкільної освіти невважає потрібним враховувати той факт, що перебування у спецінтернатізбільшує ізоляцію дитини від суспільства, що в значній мірі гальмує його психічний розвиток. Програма освіти у спецінтернатах недостатньо готуєвихованця до самостійного життя в суспільстві.

Сучасний етап – від ізоляції до інтеграціїІнтеграція інвалідів у суспільство в Західній Європі є головною тенденцієюсучасного періоду, що базується на їх повній громадянській рівноправності. Цейетап характеризується в західноєвропейських країнах перебудовою в 80-90-тіроки організаційних основ спеціальної освіти, скороченням кількостіспеціальних шкіл і різкого збільшення кількості спеціальних класів узагальноосвітніх школах, перебудовою взаємовідносин масової і спеціальноїосвіти.

Соціально-педагогічна реабілітація дітей, що мають вади психофізичногорозвитку, у повній мірі можлива лише за умов розв‘язання проблем на всіхрівнях. Однією з важливих соціально-педагогічних проблем є розвиток таудосконалення системи спеціальної освіти. Існуюча в Україні системаспеціальної освіти на сучасному етапі не повною мірою забезпечує рівність правна освіту тих осіб, можливості яких одержати її обмежені їхніми вадами, станомздоров’я або конкретними соціальними умовами, не завжди відповідає їхнімзапитам, особистим і суспільним інтересам.

Такий підхід несе в собі дискримінаційну ідею, виявляє відношеннясуспільства до інвалідів як соціально непотрібній категорії. Традиційний підхідне вичерпує усю повноту проблем тої категорії дітей, про яку йде мова. У ньомуяскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності дитини. Проблемаінвалідності не обмежується медичним аспектом, вона в найбільшій мірі єсоціальною проблемою нерівних можливостей.

Така думка змінює підхід до трияди- «дитина - суспільство - держава».Сутність цієї зміни полягає у наступному: головна проблема дитини зобмеженими можливостями полягає у порушенні її зв‘язку зі світом, вобмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, вобмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурнихцінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є слідством не тількисуб‘єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров‘я дитини, алеі наслідком соціальної політики та сталої суспільної свідомості, якісанкціонують існування недоступного для інваліда архітектурного середовища,громадського транспорту, соціальних служб; дитина, яка має інвалідність, можебути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зіздоров‘ям, але виявити свій талант, розвити його, приносити за допомогою йогокористь суспільству їй заважає нерівність можливостей; дитина – не пасивнийоб‘єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право назадоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості;держава повинна не тільки надати дитині, яка має інвалідність, певні пільги тапривілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити системусоціальних служб, що дозволяли б згладжувати обмеження, які заважаютьпроцесам її соціалізації та індивідуального розвитку.

Україна зараз знаходиться на етапі лише переходу від третього дочетвертого періоду, у той час як Західна Європа вже більше двох десятилітьпереживає цей період і розташовується на його просунутій стадії. Змістом цьогоперіоду є реорганізація взаємодії структур масової і спеціальної освіти йорієнтація останньої на підготовку дітей із відхиленнями в розвитку до життя якповноправних громадян суспільства, якому вони належать.

Сучасна політика держави щодо людей з обмеженими функціональнимиможливостями – це результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значноюмірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічнуполітику в різні періоди часу. Протягом багатьох років політика стосовноінвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах донавчання та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

До інвалідів у нашому суспільстві відносяться по-різному: одні –абсолютнобайдужі до них, другі – жаліють їх, треті – активно допомагають їм.Крім того,існує стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічнунеповноцінністьлюдини із серйозними фізичними вадами і прирікає її на повну ізоляцію.

Основною передумовою успішного вирішення даних проблем є державнаполітика щодо інвалідів. У зв’язку з цим важливим завданням держави єзабезпечення соціальної захищеності інвалідів, створення ними необхіднихумовдля індивідуального розвитку, реалізації інтелектуального чи творчогопотенціалу. Це здійснюється завдяки участі інвалідів у відповідних державнихпрограмах, розроблених на основі врахування виявлених потреб і регулюваннянадання соціальної допомоги у передбачених законодавством видах дляусунення наявних перешкод. З цією метою держава визначає для дітей зобмеженими функціональними можливостями додаткові гарантії для реалізаціїїхніх прав і законних інтересів, проявляючи при цьому особливу турботу продітей. Хоча на даний момент ці діти відносяться до найбільш незахищеноїкатегорії населення.

Протягом останніх років було розроблено низку документів, згідно з якимидержавні структури, громадські об’єднання, залучаючи до цього приватніініціативи, покликані здійснювати заходи, спрямовані не лише на охоронуздоров’я і профілактику інвалідності, але й на створення умов для реабілітаціїінвалідів, задоволення їх інтересів, інтеграцій у суспільство і професійнудіяльність.

В Україні протягом тривалого часу сформовано державну системусоціальної підтримки дітей з обмеженими психофізичними можливостями, дітейз вадами психічного та фізичного розвитку, яка організаційно розподілилася міжМіністерством освіти України, Міністерством охорони здоров’я України,Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством у справахсім’ї та молоді України, Державним комітетом України з фізичної культури таспорту.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженимифункціональними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні,соціальній опіці та громадській діяльності відображені у Законах України:

- «Про освіту»;

- «Про державну допомогу сім’ям з дітьми»;

- «Про фізичну культуру і спорт»;

- «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»;

- «Про пенсійне забезпечення»;

- «Про благодійництво та благодійні організації»;

- «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні».

Основні положення соціальної політики держави щодо дітей з обмеженимипсихофізичними можливостями визначені у законі України «Про основисоціальної захищеності інвалідів України», який був прийнятий у березні 1991року.

Даний закон відповідає міжнародним документам та передбачає медичну,соціально-трудову реабілітацію та адаптацію інвалідів, гарантує здобуття освітина рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Законом такожпередбачаються пільги у наданні житла (хоч на практиці це дуже рідковиконується).

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

У межах даної проблеми виконується низка заходів, серед яких можнавиділити такі:

- Програмно-методичне забезпечення спеціальних (корекційних) освітніхустанов. (Мається на увазі розробка змісту спеціальної освіти, соціально-трудової адаптації, психолого-педагогічної реабілітації дітей з порушеннямінтелекту).

- Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів, котрі працюють з дітьми зобмеженими функціональними можливостями. (Створюються пакети науково-методичних навчальних матеріалів для спеціалістів і батьків для групового таіндивідуального навчання дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери у ходіінтеграції в середовище здорових ровесників).

- Створення нових і розвиток діючих Центрів реабілітації дітей зобмеженими функціональними можливостями. (Модель психолого-педагогічноїконсультації з діагностичним підходом).

- Створення нових освітніх моделей для дітей-інвалідів. (Розроблені першікроки у розробці моделі інтегрованого виховання і навчання дітей звідхиленнями у розвитку).

На допомогу соціальній реабілітації дітей з обмеженими функціональнимиможливостями використовуються такі базові документи світовогоспівтовариства:

- Всесвітня декларація прав людини (1948 рік);

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 рік);

- Декларація соціального прогресу і розвитку (1969 р.);

- Декларація про права розумово відсталих осіб (1971 р.);

- Конвенція про права дитини (1989 р.);

- Всесвітня декларація про особливості впливу, захисту і розвитку дітей(1990 р.);

- Конвенція і Рекомендації про професійну реабілітацію та зайнятістьінвалідів (1983 р.).

Головним серед цих документів є Декларація про права інвалідів, прийнятаГенеральною асамблеєю ООН у грудні 1971 року, в якій говориться, що:

- Держави-учасниці визначають, що неповноцінна в розумовому чифізичному плані дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, якізабезпечують її гідність, сприяють її впевненості в собі і полегшують її активнуучасть у житті суспільства;

- Держави-учасниці визначають право неповноцінної дитини на особливутурботу, заохочують і забезпечують надання, за умови наявності ресурсів,дитині, яка має на це право, і відповідальному за турботу про неї, допомогу, прояку подано прохання і яка відповідає стану дитини та становищу її батьків чиінших осіб, що забезпечують турботу про дитину;

- Держави-учасниці мають право на обмін інформацією, включаючи йінформації про методи реабілітації, що дозволяють всім державам, і Україні втому числі, поліпшити свої можливості і знання, а також розширити свій досвіду цій галузі.

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхіддо роботи з людьми, що мають психофізичні вади є прийняті ГенеральноюАсамблеєю ООН у грудні 1993 року «Стандартні правила забезпечення рівнихможливостей для інвалідів». В цьому документі особлива увага приділяєтьсятаким групам населення, як діти, жінки, люди похилого віку, бідні прошаркинаселення, особи з кількома видами інвалідності, біженці-інваліди тощо.

## 1.3. Сутність та особливості технологій соціальної реабілітації дітей з інвалідністю

Якщо говорити про реабілітацію в будь-якому контексті, то реабілітація - комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних,професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (чикомпенсацію) порушених функцій, дефекту, соціального відхилення.

Реабілітація може бути стихійною чи організованою. У першому випадкупередбачається, що особистість інтуїтивно налагоджує відносини з власниморганізмом і оточуючим середовищем на більш чи менш прийнятному для себерівні. Організована реабілітація ставить своєю метою скоротити термінивідновлення соціальної норми, підвищити якість самостійної роботи особистостіза рахунок професійної допомоги. Процес соціальної реабілітації має тривалийхарактер.

Соціальна реабілітація - комплекс заходів, спрямованих на відновленнялюдини в правах, соціальному статусі, на покращання її здоров'я, дієздатності.Цей процес спрямований також і на зміну соціального середовища, умовжиттєдіяльності, порушених чи обмежених з певних причин.

В етимологічному значенні реабілітація (від пізньолатинського -відновлення). Цей термін широко використовується в медицині, психології, а з1991 р. в соціальній роботі. Багато дослідники вкладають різний зміст у цепоняття. З'явилися також поняття "комплексна реабілітація", "соціальнареабілітація", які застосовуються, як правило, у роботі з інвалідами. Утеоретичному плані зміст цих понять перебуває в процесі розвитку, що дозволяєвикористовувати його в різних інтерпретаціях, і не дозволяє розвиватиреабілітаційну практику в відношенні до інших категорій населення: особам здевіантною поведінкою, засудженим, дітям-сиротам, літнім.

Здійснення соціальної реабілітації значною мірою залежить від дотриманняїї основних принципів: етапності, диференційованості, комплексності,спадковості, послідовності, безперервності у проведенні реабілітаційних заходів,доступності і переважної безоплатності для тих, хто її найбільше потребує(інваліди, пенсіонери, біженці та ін.).

Виходячи з цих положень, виділяють наступні види реабілітації: медичну;соціальну; професійну; психологічну, побутову.

Соціальну реабілітацію необхідно розглядати в широкому і вузькому
тлумаченні.

У широкому тлумаченні соціальна реабілітація - це створення умов усуспільстві для відновлення і розвитку здібностей і навичок індивідівсамостійного соціального функціонування.

У вузькому тлумаченні соціальна реабілітація - це система форм, методів ізасобів відновлення втрачених індивідом або не набутих в процесі соціалізаціїфункцій, відносин і ролей соціального функціонування.

Соціальна реабілітація - це також процес цілеспрямованої діяльності зіндивідом по відновленню втрачених або не набутих в ході соціалізації навичок іумінь виконання соціальних функцій, відносин і ролей.

Методологічною основою такого підходу є дослідження структури йфункціонування індивідуальності клієнта, його соціальних ролей і соціальногостатусу американських дослідників X. Перлман, С. Бріар, Р. Міллер.

Під соціальним функціонуванням розуміється здатність індивіда самостійноздійснювати взаємодію з навколишнім світом, забезпечувати своюжиттєдіяльність і життєдіяльність сім'ї, відповідати встановленим тазагальноприйнятим у суспільстві нормам моралі і моральності.

До втрачених або не набутих у процесі соціалізації умінь і навичокбудувати соціальні відносини і функції, які необхідно вчити створювати чивідновлювати, відносяться сімейні, трудові, з приводу освіти, дружби, зміцненняздоров'я, підвищення культурного рівня, життєдіяльності в побуті.

До втрачених або не набутих у процесі соціалізації соціальних ролей, якінеобхідно розвивати, відновлювати або вчити здійснювати, відносяться ролі:дружини, чоловіка, бабусі, дідуся, батька, матері, сина, дочки, громадянина,сусіда, покупця, робочого, друга, учня і т. д.

Рівні соціальної реабілітації:

1) федеральний, регіональний, місцевий рівень соціальної реабілітації

- цесистема організаційних, правових, економічних, інформаційних та освітніхзаходів, що вживаються органами управління по створенню умов для утворенняі діяльності системи реабілітаційних соціальних служб різноївідомчоїпідпорядкованості та різних форм власності.

Цей рівень забезпечує:

- створення законодавчої бази, що забезпечує правове поле реабілітаційноїдіяльності;

- визначення напрямків підготовки кадрів бакалаврів і магістрів соціальноїроботи, соціальних педагогів, реабілітологів, психологів, які забезпечуютьдіяльність реабілітаційних соціальних служб;

- створення економічних умов для підприємницької і комерційноїдіяльності в галузі реабілітаційної діяльності;

- розробку положень про порядок надання реабілітаційних послуг різнимкатегоріям громадян;

- координацію діяльності системи реабілітаційних соціальних служб різноївідомчої підпорядкованості та різних форм власності;

- надання приміщень для організації та діяльності реабілітаційнихсоціальних служб і т. д.

2) рівень індивідуальної та групової соціальної реабілітаційної роботи – цетехнології або система засобів, форм, методів і методик, застосовуванихсоціальними службами та установами для відновлення втрачених або не набутихіндивідом навичок і вмінь виконання соціальних функцій і ролей, формуваннянеобхідних соціальних відносин.

Об'єкти соціальної реабілітації:

- індивіди або групи, які потребують відновлення втрачених або не набутих впроцесі соціалізації навичок і вмінь взаємодіяти в системі соціальних відносин івиконувати соціальні ролі;

- інваліди всіх віків, ступенів інвалідності і видів; колишні в'язні; випускникиінтернатних установ; літні і старі самотні й самотньо проживають, асоціальнісім'ї; бездомні; бездоглядні діти.

Суб'єкти соціальної реабілітації:

- професіонали соціальної сфери

- бакалаври і магістри соціальної роботи;

- соціальні педагоги;

- реабілітологи, психологи, які володіютьтехнологіями та мають навичкипрактичної роботи з відновлення втрачених або не набутих навичок виконаннясоціальних функцій, ролей.

Середовищем соціальної реабілітації виступає: середовище проживання іфункціонування, соціального обслуговування, трудової діяльності, відпочинку,навчання, заняття творчістю, отримання інформації.Інститутами соціальної реабілітації є:

- державна служба медико-соціальної експертизи, установи і служби соціальногообслуговування, соціальний притулок, центр допомоги сім'ї та дітям, центрпостинтернатної адаптації, соціальний готель, центр соціальногообслуговування ;

- установи освіти та виховання: дитячий садок; школа; ВНЗ;

- установи додаткової освіти та виховання: центри розвитку потенціалу людини;центри професійної орієнтації і підготовки; прийомна сім'я; патронатна сім'я;трудовий колектив.

Методи соціальної реабілітації досить різноманітні, що дає можливістьдосягти потрібного ефекту в цій дуже важливій і необхідній діяльності. Поряд зуніверсальним методом інформаційно-консультативної бесіди, психологічноготренінгу, спостереження у ході соціальної реабілітації активновикористовуються і такі методи соціальної терапії, як рольові ігри, танцювальнатерапія та ін.

Так як технологія соціальної реабілітації передбачає відновлення втраченихабо не набутих в процесі соціалізації навичок виконання соціальних відносин іролей, то об'єктивно вона пов'язана з технологіями: соціальної діагностики,соціальної адаптації, соціалізації, опіки, піклування, усиновлення (удочеріння),корекції, профілактики, соціального обслуговування, соціальної експертизи.

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

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

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями - це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед - у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні [1, 93].

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

Реабілітація дітей з обмеженими можливостями має свої особливості, оскільки вона повинна забезпечувати, враховуючи, що мова йде про зростаючий організм, розвиток усіх систем і функцій, попереджувати затримку у рості та розвитку. Тому організація процесу соціальної реабілітації має базуватися на ряді принципів. В організації соціально-реабілітаційній практиці принципи відображають основні вимоги, що пред'являються до соціально-реабілітаційної діяльності і визначають її організацію, зміст, форми ті методи реабілітаційного впливу. У соціально-реабілітаційній діяльності можна виділити наступні основні принципи [2, 55-57]:

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

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

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

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

Ґрунтуючись на даних принципах при організації і безпосередньої реалізації соціальної реабілітації розроблено правила реабілітаційного процесу [4, 88].

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

2. На основі спеціальних рекомендацій, порад та методик поступово i цілеспрямовано:

- навчати дитину альтернативних способів спілкування;

- навчати основних правил поведінки;

- прищеплювати навички самообслуговування;

- розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття;

- виявляти та розвивати творчі здiбностi дитини.

3. Створювати середовище фізичної та емоційної безпеки:

- позбавитися небезпечних речей та предметів;

- вилучити предмети, що викликають у дитини страх та iншi негативні емоційніреакції;

- не з'ясовувати у присутності дитини стосунки, особливо з приводу її інвалідності та проблем, пов'язаних з нею.

4. Рідним та людям, що знаходяться в безпосередньому контакті з дитиною-iнвалiдом, потрібно:

- сприймати її такою, якою вона є;

- підтримувати і заохочувати її до пізнання нового;

- стимулювати до дії через гру;

- більше розмовляти з дитиною, слухати

- надавати дитині можливості вибору: в їжі, одязі, іграшках, засобах масової інформації тощо;

- не піддаватися всім примхам вимогам дитини;

- не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити;

- не боятися кожну хвилину за життя дитини.

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

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

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

Програма реабілітації передбачає не лише сприяння розвитку дитини, але й набуття батьками спеціальних знань, психологічну підтримку сім'ї, допомогу сім'ї щодо можливості відпочити, відновлення сил тощо. У ході реалізації програми періодично проводиться моніторинг, регулярне відстеження ходу подій, у разі потреби куратор сприяє батькам у подоланні труднощів, ведучи переговори з потрібнимиспеціалістами, представниками установ, роз'яснюючи права дитини i сім’ї. Однієюіз важливих особливостей реабілітаційної програми має бути: 1) наявність міждисциплінарної команди спеціалістів, а не ходіння батьків по різних установах; 2) участь батьків у процесі реабілітації що є найбільш складною проблемою; 3) увага спеціалістів спрямовується як на дітей, так i на батьків; 4) налагодження партнерства у реабілітації дітей з обмеженими функціональними можливостями [10, 204-205].

Таким чином, соціальна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку у дитини з обмеженими можливостями духовних і фізичних сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися. Така організація соціальної роботи базується на ряді вищевикладених принципів, яких мають дотримуватися усі суб'єкти соціальної роботи з дітьми-інвалідами, і на їх базі має формуватися державна допомога таким дітям та їх родинам.

## Висновки до першого розділу

Інвалідність дітей значно обмежує їх життєдіяльність, призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушення їх розвитку і зростання, втрати контролю за своєю поведінкою, а також здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації, навчання, спілкування, трудової діяльності в майбутньому. І вся практична організаційна робота з надання допомоги дітям-інвалідам має ґрунтуватися на навчанні цих дітей вести повноцінний спосіб життя з урахуванням усіх особливостей, а з боку держави ґрунтуватися на забезпечення рівних можливостей в усіх суспільно значущих сферах.

Основною передумовою успішного вирішення актуальних проблемсоціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями є державна політикащодо інвалідів.

Під реабілітацією дітей з обмеженими можливостями також прийняторозуміти систему медичних, педагогічних, психологічних, соціально-економічних та інших заходів, направлених на ліквідацію або корекціюпатологічних змін, що порушують хід нормального розвитку дитячогоорганізму і на максимально повну і ранню соціальну адаптацію дитини,формування у неї позитивного відношення до життя, суспільства, сім’ї,навчання, трудової діяльності; це процес включення дитини з відхиленнями врозвитку в соціальне середовище, в нормальну суспільно корисну діяльність іадекватні взаємостосунки з однолітками [12].

Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров’я передбачаєпоетапну роботу: організаційний етап, прогностичний, етап підтримки тастимуляції, активно-реабілітаційний [17]. Процес соціальної реабілітації,навіть при сприятливому збігу обставин, розгортається нерівномірно і можебути обумовлений низкою складнощів, тупиків, що вимагають сумісних зусильдорослого і дитини.

Організація соціальної допомоги дітям, які позбавлені можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного розвитку, потребує, в першу чергу, зміни ставлення суспільства до дітей з особливими потребами та проблеми
інвалідності у світі та в Україні зокрема.

Внаслідок обмежень у спілкуванні, самообслуговуванні, пересуванні, контролі за своєю поведінкою розвиток цих дітей залежить від задоволення їх потреб іншими людьми, що складає багатогранний процес соціальної реабілітації. Освіта, психолого-педагогічний вплив на особистість є інструментами вирішення однієї з основних проблем у суспільній та державній політиці щодо дітей з обмеженими функціональними можливостями – їх соціальної реабілітації, адаптації та інтеграції у суспільство.

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

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

Соціально-педагогічна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку у дитини з обмеженими функціональними можливостями духовних і фізичних сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися.

# РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ НАПРЯМИ ТЕХНОЛОГІЙ, ЗАСОБІВ ТА МЕТОДІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

## 2.1. Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей з інвалідністю та види соціальних технологій, які використовуються в соціальній реабілітації

Соціальна реабілітація — комплекс заходів, спрямованих на відновленнялюдини в правах, соціальному статусі, здоров'ї, дієздатності. Цей процеснацілений не тільки на відновлення здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але і самого соціального середовища, що зазналонегативних змін внаслідок соціальних причин.

Принципи соціальної реабілітації: етапність, диференційованість,комплексність, наступність, послідовність, безперервність у вжиткуреабілітаційних заходів, безкоштовність для найбільш нужденних (інвалідів,пенсіонерів, біженців та ін. ).

У межах соціально-реабілітаційної діяльності виділяють різні види:медико-соціальний, професійно-трудовий, соціально-психологічний, соціально рольовий, соціально-побутовий, соціально-правовий.

Соціальна реабілітація інвалідів — це система відновлення соціальнихвзаємозв'язків, соціального статусу, працездатності через комплекс соціально-медичних, соціально-психологічних і соціально-правових заходів.Соціальна реабілітація інвалідів проводиться органами охорони здоров'я,реабілітаційними центрами, соціальними службами для молоді та іншимиорганізаціями й установами, до компетенції яких входять завдання з соціальноїреабілітації інвалідів різних груп інвалідності та вікових категорій. Соціальнареабілітація тісно пов'язана із соціальним забезпеченням і страхуванням. Змістреабілітаційних заходів визначається специфікою організації та установи, якайого проводить.

Соціальна й інформаційна політика тоталітарної держави ігнорувалапроблеми інвалідів, не сприяла повному охопленню системою освіти дітей ідорослих із руховою недостатністю, створенню пристосованого до їхніхможливостей архітектурного середовища.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяєсоціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами усамообслуговуванні, спілкуванні, придбанні професійних навиків.

Аналіз соціальних проблем інвалідизації в цілому і соціальної реабілітаціїінвалідів здійснювався в проблемному полі двох концептуальних соціологічнихпідходів. Перший базувався на основі соціоцентриських теорій розвиткуособистості К .Маркса, Е. Дюргейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса – розглядалисясоціальні проблеми конкретного індивіда за допомогою вивчення суспільства вцілому. Другий, на основі антропоцентриського підходу Ф. Гіддінгса, Ж. Піаже, Г. Тарда, Е. Еріксона, Ю. Хабермаса, Л. Виготського, І.Кона, Г. Андреєвої таінших учених, розкривав психологічні аспекти повсякденної міжособистісноївзаємодії. Дані підходи продовжили передові вітчизняні науковці: А. Капська,А. Суворов, Н. Шапкіна та ін.

Макросоціологічний підхід до вивчення проблем інвалідності відрізняєсоціально-екологічну теорію У. Бронфебреннера, продовжену у дослідженнях В.Шпакової. Також на сучасному етапі творення соціальної науки у рамкахструктурно- функціонального аналізу проблему інвалідизації досліджували Т.Добровольська, І. Каткова, Н. Морозова, Н. Шабаліна та ін.[6, c. 5-7].

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхіддо роботи з людьми, що мають психофізичні вади, є прийняті ГенеральноюАсамблеєю ООН у грудні 1993 р. «Стандартні правила забезпечення рівнихможливостей для інвалідів». У цих правилах викладено таке тлумачення терміну«реабілітація»: «... процес, що має на меті допомогти інвалідам досягтиоптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/чи соціального рівнядіяльності і підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни їхньогожиття та розширення рамок їх незалежності». Особливу увагу цей документпропонує звернути на такі групи населення, як діти, жінки, люди похилого віку,бідні прошарки населення, особи з двома або кількома видами інвалідності,біженці-інваліди [4, с. 6].

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованихна відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв’язків тавідносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусудитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певноїсоціальної незалежності.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженимифізичними та психічними можливостями у соціальному захисті, навчанні,лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у ЗаконахУкраїни: «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про освіту»,«Про пенсійне забезпечення», «Про державну допомогу сім‘ям з дітьми», «Профізичну культуру і спорт», «Про статус і соціальний захист громадян, щопостраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про сприяннясоціальному становленню та розвитку молоді в Україні», «Про благодійництвота благодійні організації», в Основах законодавства України про охоронуздоров‘я, Основах законодавства України про культуру [3, с. 63-66].

Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневуструктуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим, необхідновирішувати:

* проблеми дитини: підтримка фізичного здоров’я, формуванняособистості,забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;
* проблеми сім’ї: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навичкидогляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подоланнясоціальної ізоляції;
* проблеми професіоналів:медики (профілактика та підтримка здоров’я), педагогиі психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти й вихованнядітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформуванняпро ресурси, сімейна і групова робота, захистінтересів дітей та сім’ї, інтеграціязусиль професіоналів), інженери й виробники (розробка та виготовленняспеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчаннядітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представникизаконодавчої і виконавчої влади (створення та впровадження відповідноїсистеми захисту прав і обов‘язків інвалідів та їхніх сімей);
* проблема суспільства – зміна ставлення до інвалідів та сімей з дітьмиінвалідами;
* проблеми фізичного середовища: зменшення впливів, що зашкоджують здоров’юта життєдіяльності людини, створення дружнього для інвалідів простору [7, с.23-25].

Всі перелічені проблеми можна розділити на три рівні:

проблеми макрорівня – в межах держави;

проблеми мезорівня – наявність регіональних умов;

 проблеми мікрорівня – в сім‘ї та її найближчому оточенні.

Проблеми реабілітації на макрорівні– це соціальні проблеми першогопорядку, які торкаються суспільства в цілому. Цей комплекс проблемвирішується зусиллями всього суспільства та державою, спрямованими настворення рівних можливостей для всіх дітей. Одна з найбільш суттєвихпроблем цього рівня є ставлення суспільства і держави до людей із відхиленняму розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системиосвіти, навчання, у створенні архітектурного середовища, доступної системиохорони здоров‘я тощо.

Наслідком орієнтації суспільства та держави на цю модель є ізоляціядитини з обмеженимиможливостями від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі,розвиток у неї пасивноутриманських життєвих орієнтаційзасобами «оранжерейного» виховання

Проблеми реабілітації на мезорівні– це соціальні проблеми другогопорядку, пов‘язані з регіональними умовами, з наявністю чи відсутністюспецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, спеціалістів-дефектологів намісцях мешкання сімей, де є дитина-інвалід.

Проблеми реабілітації на мікрорівні– це проблеми сімейного та родинногохарактеру, якімають дітей-інвалідів і потребують конкретної допомоги соціальних служб.

Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальноїдезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування,орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудовоїдіяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку.

Таким чином, діти-інваліди дуже часто не мають соціальної та матеріальноїпідтримки, умов для розвитку своїх інтересів, здібностей і ще й приречені наінтелектуальну потворність.

Особливості роботи соціального педагога з інвалідами полягає у створеннітаких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкоїадаптації, а також розробки індивідуальної програми реабілітації.. Алесоціальний педагог не може вирішувати за інваліда його проблеми, він повинендопомогти особистості визначити особисту позицію, сформувати незалежністьвід зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогтисамоактуалізуватись у подоланні перешкод.

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічна й психологічнадопомога ще й досі ототожнюється із соціальним захистом – це пояснюєтьсявідсутністю загальноприйнятої теорії співвідношення соціальної допомоги ісоціального захисту. Водночас простежується деякий стійкий інваріантрозуміння цих понять, а саме: «соціальна допомога» – поняття значно ширше,ніж «соціальний захист». Термін «соціальна допомога» є цілком правомірним таавтономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групідітей чи їхнім родичам. Однак при такому розумінні понять залишається широкеполе для їх взаємопроникнення. Так, відстоюючи права окремої людини, ми тимсамим допомагаємо їй адаптуватися в складних умовах проживання.

Ось чому таке велике значення має соціально-педагогічна і психологічнодопомога інвалідам віком від 15 до 18 років і старше – до 28 років. У 15 роківзакінчується сенситивний етап дитинства, для якого є характерною нестійкістьпсихічних функцій, що може спричинити явища регресу, тобто поверненняфункцій на більш ранній віковий рівень. Саме цим і пояснюються особливостісоціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів.

Завдання соціального працівника – в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда,досягненню ним своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкоїадаптації. Завдяки творчій адаптивній поведінці вона діє продумано, прагне досамостійності, гармонійності, а коли спрямовує свої зусилля на досягненнявласних цілей, то діє продумано.

Одне з важливих завдань соціального педагога у такий момент –допомогтибатькам свідомо проаналізувати ситуацію та власне становище, круту змінужиття, їхню власну роль у житті дитини і своє призначення.

Тому, перший етап соціальної реабілітаціїдитини з обмеженимиможливостями – допомогти батькам змінити своє життя так, щоб зберегтиактивність дитині у соціумі. Для цього потрібно у пологових будинках створитикомісії, групи фахівців, котрі вирішуватимуть надзвичайну ситуацію:народження дитини з патологією. Завданням цієї комісії є первиннапсихотерапевтична і просвітницька робота з матір‘ю, членами родини (особливоз батьком) і перші поради-рекомендації – до кого звернутися. Зі свого боку вцентрах соціально-психологічної підтримки матерів таку жінку повинніприйняти як фахівці, так і матері, які вже виховують дітей-інвалідів.

Другий етап – входження у життя сім’ї дитини-інваліда. На жаль, далеконе кожний батько сприймає дитину-інваліда. Поки що немає загальноїстатистики, проте факт, що більшість сімей дітей- інвалідів без батька,безперечний.

Отже, завдання другого етапу – створення групової взаємодії тавзаємодопомоги батьків та родин, що виховують осіб з обмеженимиможливостями.

Згідно із положенням Комісії захисту прав дитини ООН, брати і сестри дітей-інвалідів – це діти, які потребують захисту і реабілітації. Зокрема, відомо,наскільки важко їм не відвернутися від хворого брата або сестри, котрі стали дляних джерелом страждань. Брати і сестри інвалідів – особливі діти.

Залежно від взаємин у сім’ї вони можуть бути опорою і захистом не тількисвоїм рідним, але й багатьом хворим людям, оскільки здатність до співчуттявихована у них із дитинства. Ось чому в своїй діяльності соціальний педагогповинен працювати не тільки з дітьми-інвалідами, а й обов‘язково з їхнімибратами, сестрами, друзями, однолітками. Тому підхід до реабілітації лишедитини-інваліда, незважаючи на її оточення, не може дати відповідногорезультату.

Тому третім етапом реабілітації є виховання і розвиток братів і сестердітей-інвалідів. Алене тільки братів і сестер. Хіба всі діти не потребують просвітницькихгуманістичних програм? У наших навчальних закладах дітей навчають багатьомнаукам, проте немає програм, де йшлося б про те, що далеко не у всіх людей єоднакові можливості рухатися, адаптуватися, спілкуватися.

Тому логічно формується четвертий етап соціальної реабілітації дітейінвалідів.

Четвертий етап соціальної реабілітації – інтегроване виховання дітей, щопередбачає не тільки навчання в інтегрованих класах. Практичний досвід такогонавчання вже є у багатьох школах поза нашою країною. Виходячи з вищезазначеного, ми дійшли висновку, що в Україні існує комплекс проблемпов‘язаних з інтеграцією дітей-інвалідів в суспільство. Ставлення суспільства доаномальної дитини є певним мірилом його цивілізованості. Донедавна питаннядитячої аномалії, інвалідності у нас замовчувалося. Перебуваючи в умовахінтернатного закладу або на вихованні в сім‘ї, діти-інваліди та їхні сім‘ї деякоюмірою ізольовані від суспільства і позбавлені можливості вести повноціннийспосіб життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнімособливим потребам. Повинні бути не комісії, а постійно діючі психологічніконсультації з широким доступом батьків до інформації про методи і шляхирозвитку дитини.

Побудова взаємозв‘язків дитини з мікро- і макросередовищем, розвиток їїзбережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширеннясфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомогиу самообслуговуванні і пересуванні, забезпеченні ліками і продуктамихарчування, організації дозвілля і оздоровлення.

Видами технологій, які застосовуються у соціальній реабілітації дітей з обмеженими можливостями є:

1. Технічні засоби реабілітації:

- лікувальний костюм "Регент" для лікування і реабілітації з розладами руху,

- біомеханічний апаратно-програмний комплекс "Відеоаналіз рухів",призначений для оцінки біомеханічних характеристик рухових функцій людини,

- метод лікування та реабілітації захворювань опорно-рухового апарату -імерсійна ванна і т. д.

2. Методики дефектології та психокорекції: мовленнєвих порушень, когнітивнихрозладів, особистісної сфери, емоційних порушень, комунікативної сфери,батьківсько-дитячих відносин і т. д.

3. Соціально-побутова адаптація включає: відновлення здатності досамостійного обслуговування в побуті, формування навичоксамообслуговування, підвищення особистого статусу, навчання особистоїгігієни, користування побутовими предметами як з допомогою спеціальногообладнання, так і без нього. Консультування та навчання клієнта та його сім'ї.

4. Професійна орієнтація включає:

- заохочення здібностей, позитивних психічних схильностей, інтересів імотивацій клієнтів;

- формування стійких позитивних (соціально значущих) інтересів;

- формування прагнення до самопізнання, самовизначення, формулювання метив житті;

- формування відповідального ставлення до себе та інших, до своїх проблем,своїм думкам і діям;

- набуття навичок самостійного формулювання своїх проблем і пошуку засобівїх вирішення;

- зміцнення мотивацій, установок на самоздійснення, почуття власної гідності,власної унікальності, визначення передумов для зростання духовних сил ісамоактуалізації;

- складання індивідуальної програми розвитку здібностей, інтересів і мотиваційу відповідності з його психофізичними можливостями;

- стимулювання розвитку індивідуальної обдарованості тощо.

## 2.2. Особливості технологізації процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Сучасні напрями ігротерапевтичної роботи

Головне призначення соціальних технологій - регулювання соціальнихпроцесів у різних областях з допомогою специфічних засобів. Різноманіттясоціальних процесів, а отже, технологій їх регулювання, обумовлене широкимспектром соціальної діяльності в цілому та соціального обслуговування,розрізняючи по цілях. функцій, характером і результатами.

Для кожного виду соціальної діяльності створюється особлива технологія.

Технології соціальної реабілітації включають сукупність прийомів і методів,що забезпечують прогресивний розвиток дитини, що має інвалідність.

Розрізняють такі форми реабілітації, взаємопов'язані між собою:

Медична реабілітація - спрямована на відновлення або компенсацію тієї чиіншої втраченої функції чи можливе уповільнення захворювання. У ходімедичної реабілітації дитина проходить курс лікувальних заходів, спрямованихна збереження та зміцнення здоров'я, відновлення і розвиток фізіологічнихфункцій, порушених хворобою, на виявлення та активізацію компенсаторнихможливостей його організму з метою забезпечення надалі умови для поверненнядо активної самостійного життя [5]. Це такі заходи, як відновлювальне ісанаторно-курортне лікування, профілактика ускладнень, протезування,фітотерапія й ін.

Психологічна реабілітація - це вплив на психічну сферу інваліда, спрямованена розвиток і корекція індивідуально психологічних особливостей особистості. Психологічна реабілітація осіб з обмеженими фізичними і психічнимиможливостями передбачає проведення комплексу психодинамічних заході,орієнтованих на корекцію або компенсацію порушених психічних функцій істанів. Процес психічної реабілітації вимагає створення спеціальних умови, якісприяють збереженню позитивного ефекту лікування (дозвілля, спілкування,диспансеризація) [4].

Педагогічна реабілітація - комплекс заходів виховного характеру відноснодітей, направлених на те, щоб дитина опанувала необхідними вміннями інавичками з самообслуговування, отримав шкільну освіту. Крім того, в ціломупроцесі дитина засвоює основи наукових знань і виробляє відповідні навички тавміння, осягає досвід людських стосунків і життя в суспільстві; побутових(культура внутрішньосімейних відносин); ділових (культура професійнихвідносин); правових та політичних стереотипах поведінки [5].

Соціально-економічна реабілітація - комплекс заходів щодо забезпеченняінваліда необхідним і зручним житлом, грошового забезпечення і т.п.

Побутова реабілітація - забезпечує одержання необхідних протезів,особистих засобів пересування вдома і на вулиці, інших пристосувань, щодозволяють індивіду стати досить самостійним у побуті [7].

Спортивна та творча реабілітація. Дані форми активно стали розроблятисяостаннім часом, і слід відзначити велику ефективність. За допомогою спортивних заходів, а також сприйняття художніх творів, активної участі вхудожній діяльності у дітей зміцнюється фізичне і психічне здоров'я, зникаєдепресія, відчуття своєї неповноцінності. Крім того, спільне з дітьми -інвалідами участь у спортивно - реабілітаційних заходах дозволяє їх здоровимодноліткам подолати психологічні бар'єри, упередження у ставленні до людей зобмеженими можливостями [8].

Соціальна реабілітація - включає в себе і заходи щодо соціальної підтримки,тобто виплати батькам допомог і пенсій, надбавок по догляду за дитиною,надання натуральної допомоги, надання пільг, забезпечення спеціальнимитехнічними засобами, протезування [2].

Соціально-середовищна реабілітація - це комплекс заходів, спрямованих настворення оптимального середовища життєдіяльності інвалідів, забезпеченняумов для відновлення соціального статусу і втрачених суспільних зв'язків. Такареабілітаційна діяльність спрямована на забезпечення інвалідів спеціальнимобладнанням, яке дозволяє їм бути порівняно незалежними у побутовому плані.

Мета соціальної реабілітації - найбільш повний розвиток у дитини зобмеженими можливостями духовних і фізичних сил за допомогоювикористання його збережених функцій, які виникають потреб та інтересів, йоговласної активності та створення відповідних зовнішніх та внутрішніх умов, вяких вони можуть найбільш активно проявлятися.Для реалізації завдань фахівець із соціальної реабілітації повинен володітизасобами і методами впливу на дитину.

До засобів реабілітаційного впливу відносять різні види діяльності (ігрова,навчальна, трудова і т.д.), психологічним допомоги (психолого-профілактичната просвітницька робота, психологічне консультування, психокорекція тапсихотерапія, спеціальної допомоги (ігротерапія, арт-терапія чи терапіямистецтвом музикотерапія, бібліотерапія, танцювальна терапія, проективниймалюнок, твір історій, казкотерапія, куклотеранія, дельфінотерапія, іпотерапія, нейрон-розвивальна терапія, Монтессорі-терапія, Війта-терапія, метод Петьо.

Гра - це форма діяльності в умовних ситуаціях, в якому відтворюютьсятипові дії і взаємодії людей. Вона лікує дитину є формою реалізації активностіта сферою життєдіяльності, де він отримує задоволення. Відтворювані в процесіреальні та уявні предмети, образи, іграшки допомагаю дитині пізнатинавколишній світ, привчають його до цілеспрямованої діяльності, сприяютьрозвитку мислення, пам'яті, мови, емоцій. Особливе значення для розвиткудитини має рольова гра.

Навчання - це форма діяльності, в якій дії людини управляються свідомоюметою освоєння певних знань, навичок, умінь. У ході навчальної діяльностідитина не тільки оволодіння г досвідом попередніх поколінь, а й навчаєтьсякерувати своїми психічним».

Поряд з розглянутими видами допомоги в практиці соціальної реабілітаціїшироке застосування знаходять спеціальні види допомоги: ігротерапія іарт-терапія (терапія мистецтвом). Ігротерапія - метод корекційного впливу надітей з використанням гри, психокорекційні ефект ігрових занять у дітейдосягається; завдяки встановленню позитивного емоційного контакту міждітьми і дорослими.

Арт-терапія - терапія мистецтвом. Основна її мета полягає в гармонізаціїрозвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання. Зточки зору представників психоаналізу найважливішою технікоюАрт-терапевтичного впливу є техніка активного уяви, спрямована на те, щобзіштовхнути лицем до лиця свідоме і несвідоме і приміряти їх між собою задопомогою афективного взаємодії.

Терапія мистецтвом є відносно новим методом соціальної роботи. Уперше цей термін був використаний А. Хіллом у 1938 р. при описі його роботи з хворими на туберкульоз і незабаром набув поширення. У даний час він охоплює всі види занять мистецтвом, які проводяться в лікарнях і центрах здоров'я. Малювання, живопис або ліплення є безпечними способами аби хоч трохи зняти напругу, і таким чином усувається агресія невербальним способом, а також прискорюється прогрес у медико-терапевтичних заходах. Підсвідомі конфлікти і внутрішні переживання легше виражаються за допомогою зорових образів, ніж у розмові під час вербальної взаємодії.

Тож до основних видів арт-терапії відносяться: малюнкова терапії,музикотерапія, бібліотерапія, танцювальна терапія, твір історії, казкотерапія,куклотерапія.

Малювання - творчий акт, що дозволяє дитині відчути і зрозуміти самогосебе, висловити вільно думки і почуття, звільнитися від конфліктів і сильнихпереживань, розвинути емпатію, бути самим собою, вільно висловлювати мрії інадії.

Основна увага при проведенні соціальної арт-терапії надається ставленню дитини до своєї діяльності, своїх малюнків, гри на музичних інструментах тощо. Головне завдання педагога спрямоване на розвиток мотивації дитини до діяльності, відбір прийомів арт-терапії для кращого формування мотиваційної сфери в дітей із різними формами органічного ураження нервової системи.

Арт-терапію якінноваційний метод соціальної роботи доцільно використовувати в комплексній функціонально-системній медико-соціальній реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Застосування арт-терапії підвищує пізнавальну активність дітей, сприяє сенсорному та руховому розвитку, концентрує увагу. Крім того, арт-терапія дозволяє здійснювати більш ефективний вплив на формування емоційної сфери, спонукає до подальшого розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем.

Педагогічна корекція за допомогою арт-терапії у дітей із обмеженими можливостями (клініко-синдромологічними формами органічного ураження нервової системи) має свої особливості і визначає доцільність урахування загальних та індивідуальних напрямів і умов роботи, а саме: віку дитини, ступеня зрілості всіх функціональних систем, індивідуальних властивостей її особистості, [73].

Загальні напрями та умови проведення арт-терапії схожі на інші методики соціальної реабілітації, які використовуються в реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Педагог зобов'язаний:

* усвідомити і пам'ятати про труднощі дитини в реалізації можливостей своїх функціональних систем;
* установити напрями і завдання соціально-реабілітаційної роботи з арт-терапії;
* підібрати ті види арт-терапії, які конкретна дитина спроможна виконати і отримати результат;
* дати можливість дитині самостійно вибрати завдання;
* установити з пацієнтом доброзичливий двобічний контакт;
* регламентувати роботу дитини, що дає змогу підвищити зосередження уваги.

Такі правила проведення соціальної реабілітації арт-терапією стимулюють пізнавальну активність дитини, організовують її поведінку, підвищують самооцінку.

Дельфінотерапія - новий напрямок соціальної реабілітації, що працює в Україні не більше 5 років. За кордоном цей напрямок розвивається з 70-х років минулого століття. Дельфінотерапія є альтернативним, нетрадиційним методом соціальної роботи, де в центрі терапевтичного процесу перебуває спілкування людини й дельфіна. Це спеціально організований процес, що відбувається під наглядом групи фахівців: лікаря, ветеринара, тренера, психолога (психотерапевта, дефектолога, педагога). У психотерапії беруть участь спеціально навчені тварини, які мають «хороший характер» [82].

Дослідники вважають, що спілкування з дельфінами приносить не лише естетичну насолоду, а й терапевтичну користь: емоції, які при цьому відчуває дитина, загоюють душевні рани й нормалізують психічний стан. За деякими припущеннями, сприятливим чином діють ультразвукові хвилі, які виходять від дельфінів.

Дельфінотерапія включає два напрямки реалізації:

1. Вільна взаємодія з твариною з мінімальною участю фахівців. У даному напрямку клієнт (пацієнт) сам вибудовує свої відносини з дельфіном, вибирає способи взаємодії в рамках припустимих можливостей. Роль фахівців обмежується забезпеченням безпеки клієнтів і дельфінів.
2. Спеціально організоване спілкування. Спілкування з твариною здійснюється через фахівця, де спілкування з фахівцем для клієнта несе психотерапевтичне значення, а спілкування з дельфіном виступає як фон, середовище. У цьому напрямку дельфінотерапія може вирішувати різні завдання: психотерапевтичні, психокорекційні, психопрофілактичні, фізіотерапевтичні, соціально-реабілітаційні - це залежить від запиту клієнта й фахівця, що замикатиме терапевтичний ланцюг.

Використання дельфіна обумовлене його природними особливостями, такими, як поєднання унікальних фізичних даних і високого інтелекту, потреба в спілкуванні, здатність до міжвидового спілкування, використання невербальних засобів спілкування, ігрова поведінка, а також особливе ставлення людини до дельфіна. Це породжує сильну позитивну установку. На стику установки й реального сприйняття з'являється так званий «Ефект дельфіна», що виступає потужним лікувальним фактором. Сприйняття дельфіна вже несе в собі психотерапевтичний ефект. Спілкування з дельфіном містить у собі такі лікувальні фактори: позитивні емоції, седативний, відволікаючий, активізуючий та катарсичний ефекти. Дельфін яскраво демонструє інтерес до партнера по спілкуванню, активно взаємодіє, привертає до себе увагу, демонструє дружелюбність, щирість намірів [82].

Спілкування з дельфіном дозволяє досягти таких позитивних змін:

* прийти до принципового переконструювання ставлення до себе, до інших людей, до природи, до світу взагалі;
* витягти дитину з полону самоізоляції, стимулювати розвиток інтересу до зовнішнього світу, що стає передумовою до встановлення, відновлення, коректування, оптимізації соціальних відносин;
* активізувати роботу мозкових структур і всього організму в цілому, виступаючи як сенсорний стимулятор;
* стимулювати вербальну експресію, сприяючи мовному й сенсомоторному розвитку аутичних дітей і дітей зі зниженим інтелектом;
* стимулювати процес розвитку особистості;
* заповнювати дефіцит позитивних емоцій і забезпечувати підтримку дітям і дорослим, які переживають самітність або стан дезадаптації, задовольняти афелятивну потребу;
* через тактильну стимуляцію створити умови для емоційного реагування.

Показаннями для дельфінотерапії є ДЦП, аутизм, олігофренія І-ІІ ступеня. Також дельфіни благотворним чином впливають на малюків, які зазнали сильного стресу.

Іпотерапія- метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, адаптованим до можливостей дитини у навчанні верховій їзді. При їзді на коні м'язи спини тварини, здійснюючи тривимірні рухи, масажують м'язи ніг дитини [19].

Цінність кінної терапії полягає у відпрацюванні навичок володіння своїм тілом, спілкування з іншими, із тваринами, підвищення самооцінки і перенесення нового досвіду у повсякденне життя. Що ж стосується верхової їзди, то її можна охарактеризувати таким чином. Під впливом лікувально-профілактичної дії іпотерапії в організмі дитини відбувається активна перебудова функцій. Спостерігається покращення фізичного и психічного стану, а також загальної ситуації в родинах дітей-інвалідів. Залучення батьків дітей-інвалідів до процесу реабілітації теж має певну мету, оскільки їх активна участь здатна підвищити самооцінку дитини, розвинути її можливості, фізичну активність, сформувати нові або відновити втрачені навички, знизити и протидіяти негативному впливу гіпокінезії, зумовленої як захворюванням, так і тим, що таких дітей занадто опікують дорослі, звільняючи їх від «зайвих» рухів. Також підвищується адаптація дитини до фізичних навантажень. [14].

Температура тіла коня вища за людську на 1,5 градуси. Рухи м'язів спини коня, що йде, розігрівають і масажують спастичні м'язи ніг вершника, підсилюючи кровообіг у кінцівках. Покращення кровообігу в цілому поліпшує кровопостачання мозку, покращується орієнтація в просторі, долаються порушення функцій рівноваги та вестибулярні розлади, виховуються різноманітні маніпулятивні навички, відбувається стимуляція такої важливої ланки емоційно-вольової сфери, як мотивація до дії. Крім того, спілкування з твариною пожвавлює емоційний стан дитини, розширює діапазон її знань та уявлень про навколишній світ. У процесі занять покращуються комунікативні навички, зникають страхи. Крім того, для хворого, який самостійно не рухається, дуже важлива імітація рухів людини, яка йде нормальним кроком, оскільки тіло має компенсаторні механізми запам'ятовування отриманого досвіду.

Кінна терапія, зрозуміло, - не панацея від усіх бід і не може вирішити всіх проблем, пов'язаних з інвалідністю. Але вона належить до тих рідкісних видів реабілітаційної терапії, які поєднують дуже великий комплекс впливу. Вона відкриває радість життя і спілкування дітям із фізичними недоліками, допомагає їм перебороти замкнутість, фіксованість на собі і власній хворобі, розширити коло друзів, розвиває максимальну незалежність, можливу при цьому захворюванні.

Іпотерапія є визнаним методом комплексної соціальної реабілітації, що допомагає відновити стан дітей, хворих на соматичні, психічні захворювання, а також хворих, які перенесли травми. Вона вдало застосовується при дитячому церебральному паралічі, олігофренії, синдромі Дауна, ранньому дитячому аутизмі, серцевих, шлунково-кишкових та безлічі інших захворювань і відхилень у стані здоров'я. Іпотерапія не має обмежень щодо вікового цензу: нею можуть займатися діти різного віку. Протипоказань для проходження соціальної реабілітації методом іпотерапії майже немає.

Значний внесок у розвиток методів реабілітації ДЦП внесли Берта і Карел Бобат. Ще у 40-х роках XX століття вони почали розробляти свій підхід, який базувався на клінічних спостереженнях Берти Бобат. їхні погляди знаходилися під впливом існуючої в той час теорії рефлекторного та ієрархічного дозрівання нервової системи. Завдяки своїм публікаціям, лекціям та курсам, які інтенсивно проводили як вони особисто, так і їхні учні, Бобат-концепція, відома також як «Нейро-розвивальна терапія» поширилась у всьому світі і мала істотний вплив на загальний розвиток принципів соціальної реабілітації дітей із ДЦП після другої світової війни [81].

Згідно Бобат, моторні проблеми при церебральних паралічах виникають унаслідок ураження центральної нервової системи. При цьому порушується розвиток постуральнихантигравітаційних механізмів, сповільнюється і спотворюється нормальний моторний розвиток дитини. Метою відновлюваного лікування цих дітей є стимуляція нормального моторного розвитку і профілактика виникнення контрактур і деформацій.

Нейро-розвивальний підхід Бобатів був спрямований на сенсомоторні компоненти м'язового тонусу, рефлексів, патологічних рухових моделей, постурального контролю, органів чуттів, сприйняття і пам'яті - тобто на ті компоненти, що найбільш ймовірно порушуються при ураженні центральної нервової системи [81].

Основою підходу було застосування спеціальних положень тіла дитини, прийомів догляду за нею, які контролювали сенсорні стимули діяльності нервової системи. Вони використовувалися як для зниження спастичних скорочень м'язів, патологічних рефлексів і патологічних рухових моделей, так і для стабілізації нормального м'язового тонусу, реакцій рівноваги і правильних рухових моделей. Дитина була порівняно пасивним реципієнтом нейро-розвивального лікування. Нормалізація послідовності моторного розвитку вважалася одним з основних теоретичних постулатів.

Згодом, завдяки своєму особистому досвіду, а також завдяки новим досягненням нейрофізіології, Бобати трохи змінили свій підхід і змістили акценти на інші аспекти лікування. У своїй останній публікації 1984 року вони описали, як змінювались основні теоретичні засади їхньої концепції. Спочатку вони відстоювали необхідність перенесення дитини в спеціальні «положення, що пригнічують патологічні рефлекси». Хоча перебування дитини в цих положеннях і призводило до зниження спастики, але Бобати пізніше дійшли до висновку, що це зниження тонусу тимчасове і не зберігається при виконанні дитиною інших рухів. У подальшому вони підкреслювали важливість впливу на «ключові точки контролю». При цьому вплив фізіотерапевта проводився під час рухової активності дитини і був спрямований на гальмування патологічних рухових моделей і стимулювання розвитку більш правильних рухів.

У своїй останній публікації автори дійшли до висновку, що вони занадто багато уваги приділяли розвитку автоматичних реакцій випрямлення, дотримуючись неправильного припущення, що дитина зможе спонтанно перенести цей досвід (навичку) на свідомо контрольовані рухи. По цьому вони почали більше розвивати в дитини можливості самій керувати своїми рухами й особливо рівновагою. Вони також дійшли до висновку, що було помилковим сприяти руховому розвитку дитини, жорстко дотримуючись нормальної послідовності моторного розвитку.

Танцювально-рухова терапія. На думку, Х. Литвин, заняття зтанцювальної терапії дозволяють неповносправним дітям відчутигармонію частин тіла, оскільки рух однієї частини тіла впливає на всетіло і ми можемо відчути себе єдиною цілістю [6, с. 128]. Танцювальнорухова терапія дозволяє дітям "побачити" один одного, вчитисьнаслідувати рухи один одного та досягати соціальної взаємодії шляхомневербальних стосунків. Танцювально-рухова терапія розвиваєкреативність, додає впевненості в житті, покращує самопочуття інастрій.

Музикотерапія представляє собою метод, що використовує музику в якостізасобів корекції (прослуховування музичних творів, індивідуальне та груповемузикування). Музикотерапія активно використовується і в корекції емоційнихвідхилень, страхів, рухових і мовних розладів, психосоматичних захворювань, відхилень у поведінці, при комунікативних труднощі і ін.

Функціональний ефект музично-терапевтичноговпливу складається з таких основних факторів: здатності музики викликатив слухачів необхідні емоційні стани, думки, психологічні установки й дії;рефлекторної зміни функціональних систем організму відповідно до викликаного емоційного стану;музичній стимуляції й регуляції руховоїдіяльності й різних ритмічних процесів в організмі [1].

Показаннями до проведення музикотерапії є перинатальнаенцефалопатія в недоношених дітей і дітей з малою вагою, присиндромі гальмування ЦНС, при синдромі підвищеної нервоворефлекторної збудливості, при чергуванні епізодів порушення ймлявості – при синдромі вегето-вісцеральних дисфункцій, припорушенні ритму дихання на тлі пневмонії або дихальних розладіврізного походження, при порушенні моторики кишечнику. Допротипоказань можна віднести важкий загальний стан дитини, гострафаза інфекційно-запального процесу, інтоксикація, судорожнийсиндром, гострий отит, при синдромі порушення ЦНС (при важкомуперінатальному ураженні ЦНС, різко вираженій збудливості, судомнійготовності й судомах).Дітям з руховими порушеннями, які часто ізольовані відсуспільства, музикотерапія допомагає збагатити знання пронавколишній світ, прищепити любов до музики, навчити слухати йрозуміти її. Музикотерапія також сприяє активізації пізнавальної йрозумової діяльності.

Психодрама– це групова психотерапія й активний метод, цеспонтанна гра, відображення життя в сценічному вигляді. Психодрама – цетерапевтичний метод, у якому психічні (психосоматичні) захворюваннярозуміються як прояв порушень у міжособистісних відносинах. Длялікування цих порушень використовується спонтанне сценічне їхнєзображення.

Спостереження В. В. Люботи, С. В. Солопай та інших свідчать просприятливий вплив театру на розвиток уяви й виховання почуттівмолодих людей з розумовою відсталістю [5]. Бажання зіграти рольякнайкраще спонукає акторів розвивати свої рухові можливості. Назаняттях зі сценічної мови спостерігається значний прогрес у розвиткумови – поліпшується звуковимова і дикція. Підготовка спектаклюсупроводжується станом емоційної піднесеності, натхнення, які, яквідомо, за даними фізіологів і психологів, забезпечує те тло, на якомузначно продуктивніше відбувається хід основних психічних процесів –сприйняття, уваги, пам'яті й мислення.

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

Бібліотерапія спеціальне корекційне вплив на дитину за допомогою читанняспеціально підібраної літератури з метою нормалізації або оптимізації йогопсихічного стану. Корекційна вплив читання виявляється в тому, що ті чи іншіобрази і пов'язані з ними почуття, потяги, бажання, думки.

Танцювальна терапія застосовується при роботі з людьми, що маютьемоційні розлади, порушення спілкування, міжособистісної взаємодії. Метатанцювальної терапії розвиток усвідомлення власного тіла, створенняпозитивного образу тіла, розвиток навичок спілкування.

Творення історій, оповідань використовується для пожвавлення почуттівдитини, для того, щоб втілити внутрішній неспокій в конкретний образ, знайтиадекватні способи вирішення конфліктів, що викликають порушення поведінкидитини.

Казкотерапія - метод, що використовує казкову форму для інтеграціїособистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості,вдосконалення взаємодії з навколишнім світом. Тексти казок викликають у дітейінтенсивний емоційний резонанс, що допомагає створити в складній емоційноїобстановці ефективну ситуацію спілкування [11].

Куклотерапія як метод заснований на процесах ідентифікації дитини зулюбленим героєм мультфільму, казки і з улюбленою іграшкою. Куклотерапіяшироко використовується для поліпшення соціальної адаптації, при корекційноїроботи зі страхами, заїканням, порушеннями поведінки, а також для роботи здітьми, мають емоційну травму тощо[11].

Отже, з'ясувавши основні сучасні напрямки соціальної реабілітації дітей з вадами психофізичного ми визначаємо, що найбільш поширеними є такі: арттерапія, дельфінотерапія, іпотерапія, нейрон-розвивальна терапія, Монтессорі-терапія, Вінта-терапія, метод Петьо,

Важливо звернути увагу на те, що кожна з цих методик повинна носити системний, ціленаправлений характер і використовуватися фахівцями відповідно до особливості психофізичних вад дитини.

## 2.3. Ігрова терапія як метод соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти

На сучасному етапі в Україні спостерігається тенденція до зростання чисельності дітей, людей з функціональнимиобмеженнями, а також сімей, що виховують дітей-інвалідів. За данимиООН, у світі нараховується приблизно 450 млн людей з обмеженимиможливостями і майже 200 млн з них – діти. В Україні сьогодні проживають понад 2,8 млн людей-інвалідів. Це становить 6,1 % відзагальноїчисельності населення, майже 80 % інвалідів в Україні – це люди працездатного віку.

Аналіз сучасної соціально-педагогічної практики показує, що докатегорії дітей-інвалідів належать діти, які мають значні обмеженняжиттєдіяльності, що призводять до соціальної дезадаптації, внаслідокпорушення розвитку та росту дитини, її здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчання,спілкуванню, ігрової та трудової діяльності в майбутньому.

Успішність подолання цих проблем прямо пов’язана з цілеспрямованою соціальною та соціально-педагогічною роботою, що включаєширокий спектр довгострокових заходів допомоги родині комплексногохарактеру – медичного, правового, психолого-педагогічного, економічного.

Соціально-психологічні дослідження проблеми інвалідності висвітлено в працях Р. Кравченко, Н. Бастун, Н. Майорова, Є. Холостова,В. Курбатова, С. Толстоухова, Т. Губарева, В. Смірнова. Різні аспектиінвалідності розглядалися такими науковцями, як І. Зверева, А. Капська,О. Безпалько, Л. Міщик, В. Нікітіна, Е. Мастюкова, А. Московкіна,Л. Шипіцина, Н. Лур’є та ін.

Психолого-педагогічні закономірності розвитку дитини з психофізичними порушеннями як результату складного процесу соціалізації висвітлюють низка авторів (Т. Власова, Л. Виготський, В. Лубовський,Д. Ельконін) та розвитку в умовах дизонтогенезу, який потребує створенняспеціального корекційно-розвиваючого середовища (К. Лебединська,В. Лебединський, І. Левченко, В. Лубовський, Є. Мастюкова, М. Певзнер,В. Петрова, С. Рубінштейн, У. Ульєнкова).

Основна мета соціально-реабілітаційної роботи пов’язана із забезпеченням соціального, інтелектуального і фізичного розвитку дитини, якамає порушення, і досягненням максимального успіху в розкритті потенціалудитини для навчання.

З аналізу літератури з означеної проблематики можна стверджувати,що ефективність реабілітаційної роботи залежить, по-перше, від міждисциплінарної команди спеціалістів, і по-друге, від участі батьків упроцесі реабілітації. Забезпечення саме такої участі і є найбільш важкоюпроблемою. У соціальній роботі з дітьми-інвалідами важливо виходитиіз такого принципу: дітям вдається досягнути набагато більших результатіву реабілітаційному процесі, коли батьки і спеціалісти стають партнерами і разом працюють над розв’язанням поставлених задач.

Із стародавніх часів і до наших днів гравикористовується людиною для розвитку творчості, фантазії, а значить для розвиткупрогресу у всіх областях життя. Людині з дитинства властиво грати. Гра є природнимспособом виразу його думок і відчуттів. Стаючи дорослим, кожний з нас вибудовує відносиниз оточуючими, вносячи в них який-небудь елемент свій власної дитячої гри, проявляючисвою індивідуальність і, таким чином, впливаючи на загальні соціальні відносини. Ігрові групидля дітей дошкільного також необхідні для розвитку соціальних і комунікативних навиків у дітей,для навчання ігрової діяльності і для навчання соціально-культурним нормам в ігровій формі.Таким чином, ігрова терапія має довгу історію і існує в різноманітних формах. На даномуетапі продовжують існувати і розвиватися різноманітні види активної і пасивної ігровоїтерапії.

Ігрова терапія як метод соціальної реабілітації, психологічної корекції і розвивальної роботі з дітьми впершез’явилася в межах психоаналітичного підходу в психологічній практиці як альтернативапсихоаналітичній роботі з дорослими. Термін «ігрова терапія» пов‘язують з її засновникамиМ.Кляйн, А.Фрейд, Г.Гуг-Гельмут, які застосовували цей метод в роботі з дітьми.

Ідея застосування гри в якості методу соціальної реабілітації полягає в особливостяхпсихічного розвитку дитини, для якої провідною діяльністю виступає саме гра. Гра длядитини виступає як інтеріоризація соціального досвіду, так і репрезентація внутрішнього світудитини, її емоційної і погребової сфери. Гра має великий потенціал щодо гармонізаціїсоціальних стосунків дитини, відреагування негативних емоцій і встановлення контакту зблизьким оточенням, сприяє подальшої соціалізації дитини.

Започаткувавшись в психологічній практиці, ігрова терапія знайшла своє застосування впедагогіці і соціальній роботі. Практична соціальна робота на сьогодні має в своємурозпорядженні великий арсенал ігрових методик, спрямованих на різні проблемні зони дітей ірізні категорії дітей. Поруч з традиційними методиками ігрової терапії застосовуються методиарт-терапії, психодрами та інші. Ігрова терапія має багато окремих напрямків, які залежать яквід теоретико-методологічного підходу, так і від основних засобів, які застосовуються впрактиці (пісочна терапія, мініатюра, малюнкові методи, іграшкова терапія і багато інших).

Сьогодні ігрова терапія застосовується в соціальній роботі як метод соціальної реабілітації дітей з інвалідністю та є достатньо ефективною.

В соціальній роботі з дітьми-інвалідами (особливо молодшого і молодшого шкільного віку) ігроватерапія є одним з головних методів втручання, корекції і розвивальної роботи, томудослідження особливостей використання ігрової терапії в соціальній роботі з дітьми маєтеоретичне і практичне значення.

Використання гри в корекційній практиці та соціальній реабілітації історично пов'язане з теоретичними традиціями психоаналізу. Термін «ігрова терапія» бувзапропонований Мелані Кляйн. Початок ігрової терапії був покладений в 20-і роки нашогостоліття в роботах М.Кляйн, А.Фрейд, Г.Гуг-Гельмут [3; 5].

В гуманістичній традиції ігрова терапія представлена клієнт центрованим підходом(К.Роджерс, В.Екслайн). Виходячи з гуманістичного підходу, мета ігрової терапії полягає устворенні або відновленні значущих відносин між дитиною і дорослим з метою оптимізаціїособистісного зростання і розвитку. Гра як діяльність, вільна від примушення,підпорядкування, страху і залежності дитини від світу дорослих, і є єдиним місцем, де дитинамає можливість вільного безперешкодного самовираження, дослідження і вивчення власнихвідчуттів і переживань. Гра дозволяє дитині звільнитися від емоційної напруженості іфрустрацій, обумовлених антагонізмом реальних життєвих стосунків між дитиною і дорослим[5; 6]. Даний підхід найбільш поширений в соціальній роботі з дітьми дошкільного віку, як метод соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Інший підхід представлений ігровою терапією відреагування Д.Леві, центральниммоментом якого виступає відтворення травмучої події, що дозволяє дитині звільнитися відболю і напруги, викликаних цією подією. В ігровій кімнаті можливі три форми ігровоїактивності:

– звільнення агресивної поведінки: дитина кидає предмети, висаджує повітряні кулі абопроявляє форми інфантильної поведінки (наприклад, смокче соску);

– звільнення відчуттів стандартизованих ситуацій, стимулює відчуття ревнощів досиблингу, прикладаючи ляльку до грудей матері;

– звільнення відчуттів шляхом відтворення в грі специфічного стресовогодосвіду з життядитини.

В ігровій терапії побудови стосунків Д.Тафти і Ф.Аллена основна увага приділяєтьсялікувальній силі емоційних стосунків між терапевтом (психологом, соціальним працівником) іклієнтом. Мета полягає в тому, щоб допомогти дитині затвердити своє «Я», відчуття власноїцінності. Дитина, як і всяка особа, унікальна, самоцінна і володіє внутрішніми джереламисаморозвитку. В рамках даного підходу підлягають корекції порушення зростання «Я»;самонеадекватність; сумнів і невпевненість в можливості власного особового зростання іобумовлені ними тривожність і ворожість дитини до оточення, а особливо у дітей з інвалідністю тощо [5].

В сучасній практиці соціальної реабілітації здітьми з інвалідністюдошкільного віку існує багато методів ігрової терапії, які розрізняються за формою організації (індивідуальна і групова), за роллю ігротерапевта (директивна, не директивна ігроватерапія), за основними засобами ігрової терапії (пісочна терапія, застосування пластиліну іглини, малюнкові методики, танцювальні методики, рухові ігри, іграшкові маніпуляції).

Під час проведення соціальним працівником ігрової терапії треба враховувати основніфункції і правила процесу ігрової терапії. Так, А.Захаров в організації терапевтичногопроцесу Захаров виділяє діагностичну, терапевтичну і повчальну функції гри [2].

1. Діагностична функція полягає в уточненні особливостей характеру дитини іміжособистісних стосунків. Спостереження за грою дозволяє отримати додатковуінформацію. У грі дитина на сенсомоторному рівні демонструє те, що вона колисьпереживала. Діти більш повно і безпосередньо виражають себе в спонтанній, ініційованійними самими грі, ніж в словах.

2. Терапевтична функція гри полягає в наданні дитині емоційного і моторногосамовираження, відреагування напруги, страхів і фантазій. В процесі гри зміцнюються ірозвиваються психічні процеси, підвищується фрустраційна толерантність і створюютьсяадекватні форми психічного реагування.

3. Повчальна функція гри полягає в перебудові відносин, розширенні діапазонуспілкування і життєвого кругозору, реадаптації і соціалізації [2].

Процес соціальної реабілітації засобами ігрової терапії складається з чотирьох взаємопов‘язаних етапів: об'єднаннядітей в групу, розповідей, гри, обговорень.

За роллю ігротерапевта можна виділити директивну і недирективну ігрову терапію.

Директивна ігрова терапія припускає виконання ігротерапевтом функцій інтерпретації ітрансляції дитині символічного значення дитячої гри, активну участь дорослого в грі дитини зметою актуалізації в символічній ігровій формі несвідомих пригнічених тенденцій і їхпрогравання у напрямку соціально прийнятних стандартів і норм. Дитині пропонуєтьсядекілька можливих варіантів вирішення проблеми. В результаті гри відбуваєтьсяусвідомлення дитиною себе і своїх конфліктів.

Недирективна ігрова терапія спрямована на вільну гру як засіб самовираження дитини,що дозволяє одночасно успішно вирішити три важливих корекційних завдання: розширеннярепертуару самовираження дитини; досягнення емоційної стійкості і саморегуляції; корекціястосунків в системі «дитина – дорослий». На передній план виходять ідеї корекції особидитини шляхом формування адекватної системи стосунків між дитиною і дорослим, дитиною іоднолітком, системи конгруентної комунікації. Метою стає потреба допомогти дитиніусвідомити саму себе, свою гідність і недоліки, труднощі і успіхи. Існують наступні принципитакої ігротерапії: дружні стосунки з дитиною; безумовне прийняття дитини такою, якою вонає; відкритість і розкутість дитини; розуміння почуттів дитини; терапевт – дзеркало, в якомудитина бачить самого себе.

Основні функції соціальних працівників в недирективній ігровій терапії:

1) організація емпатійного спілкування, в якому соціальний працівник створюєатмосферу ухвалення дитини, емоційне співпереживання йому і комунікація цьоговідношення дитині;

2) забезпечення переживання дитиною відчуття власної гідності і самоповаги;

3) встановлення обмежень в грі.

Дитина в процесі ігротерапії набуває важливого досвіду афектної сублімації в соціальноприйнятних формах по символічних каналах. Таким чином, введення обмежень в гру дитинискладає важливу умову досягнення кінцевого корекційного ефекту. У зв'язку з цим великароль в ігротерапії належить техніці формулювання заборон і обмежень в грі [4].

Ігротерапія використовується як в індивідуальній, так і в груповій формі. Головнимкритерієм переваги групової ігротерапії є наявність у дитини соціальної потреби вспілкуванні, яка формується на ранній стадії дитячого розвитку. Висновок про наявність удитини соціальної потреби, яка вирішальним чином визначає успіх проведення груповоїтерапії, виноситься на підставі аналізу історії кожного випадку.

Групова ігрова терапія – це психологічний і соціальний процес, в якому діти природнимчином взаємодіють один з одним, набувають нових знань не тільки про інших дітей, але і просебе. Групова ігрова терапія покликана: допомогти дитині усвідомити своє реальне «Я»,підвищити її самооцінку і розвинути потенційні можливості, відреагувати внутрішні конфлікти,страхи, агресивні тенденції, зменшити неспокій і відчуття провини.

До структурованих ігор відносяться ігри в сім'ю (людей і тварин), агресивні, змаріонетками (ляльковий театр), будівельні, такі, що виражають конструктивні і деструктивнінаміри. Структурований матеріал провокує вираз агресії (вогнепальна, холодна зброя),прямий вираз бажань (людські фігури), а також комунікативних дій (ігри в телефон, телеграф,потяги, машини). Передбачається, що вік дітей від 3 до 12 років є оптимальнимдлязастосування цього методу.

До неструктурованих ігор відносяться рухові ігри і вправи (стрибання, лазіння), ігри зводою, піском, глиною, група ігор, що належать до фонду арт-терапії (малювання пальцями,кистю, пастеллю, кольоровими олівцями). До неструктурованого матеріалу відносяться вода,пісок, глина, пластилін, з його допомогою дитина може побічно висловлювати свої бажання.

Цей матеріал сприяє також розвитку сублімації. Зокрема, заняття з неструктурованимматеріалом особливо важливі на ранніх фазах ігрової терапії, коли відчуття дитини ще невиділені і не усвідомлені нею. Зокрема, ігри з водою, фарбами, глиною дають можливістьвиразити свої відчуття в не напрямленій формі і випробувати відчуття досягнення [5].

Для індивідуальної роботи або для ігрової терапії в групі з двох-трьох дітей підходитькімната розміром 3,5×4,5 м. Кімната повинна гарантувати дитині захист від сторонніх очей.Переважним покриттям для підлоги є лінолеум. Стіни ігрової кімнати слід фарбуватиемульсивною фарбою, що миється. Переважно світлі тони, оскільки вони сприяютьстворенню яскравої життєрадісної атмосфери. Слід розмістити в кімнаті дзеркало Гезелла ірадіофікувати його, зробивши придатним для навчання і супервізорства. Класну дошку зжолобом для крейди по нижньому краю слід прикріпити до стіни на висоті зразкового 1,5 мвід підлоги. Зазвичай в ігровій кімнаті непогано прикріпити полиці по двох стінах, щоб іграшкиі інші матеріали можна було розташувати вільно. Бажано поряд з ігровою мати ванну кімнату,щоб дитина могла піти в туалет. Меблі з твердою дерев'яною поверхнею. Стіл і три стільці,один з них – для дорослого. Рекомендується шафа-гірка з висувними ящиками,на поверхніякого можна було б малювати, ліпити і т.ін.

Іграшки дитини – це слова, а гра – її мова. Таким чином, слід вибирати такі іграшки іматеріали, які полегшили б експресію дитини, забезпечивши їй широкий спектр ігровоїдіяльності. Оскільки іграшки і матеріали є у дітей частиною комунікативного процесу, слідприділити пильну увагу відбору відповідних зразків. Правилом є відбір, а не накопиченняіграшок. Іграшки і матеріали, необхідні для ігрової терапії, можна згрупувати в три великі класи: іграшки з реального життя; іграшки, які допомагають відреагувати агресію; іграшки длятворчого самовиразу і ослаблення емоцій [5].

Вимоги до соціального працівника, який проводить ігрову терапію з дітьми: бутиоб'єктивним, щоб дозволити дитині бути самостійною особистістю; бути гнучким, щобприйняти будь-які несподіванки і адаптуватися до них; охоче сприймати все нове; визнаватидосвід дитини безумовною цінністю; не оцінювати дитини, бути відкритим, а не замкнутим;уміти відключатися від світу власної реальності і вжитися в реальність дитини; ніколи незгадувати про минулі сеанси, оскільки дитина знаходиться вже в іншому часовому інтервалі,природність, теплі відносини, турбота, ухвалення і сенситивне розуміння дитини.

Так, ігрова терапія розглядається як засіб динамічної корекції та соціальної реабілітації розбалансованої емоційно-вольової, комунікативної й опорно-рухової сфер дітей шкільного віку. Доцільністьвикористання ігрова терапії в організації тривалого відбудовного періоду для поліпшеннясамопочуття дітей з дезадаподібними психологічними показаннями в зазначених сферахобумовлена, по-перше, тим, що гра для них залишається найбільш освоєним і органічнимвидам діяльності і спілкування, по-друге, тут представлена єдність психологічної природи гриі спілкування, по-третє, у грі дитина може вільно виражати себе, звільнитися від напруги іповсякденного життя. Нарешті, ігрова терапія представляє унікальний досвід для соціальногоі психологічного розвитку дитини, відкриваючи йому можливість для вступу в значимийособистісний зв'язок з дорослим-соціальним працівником, педагогом, батьком, опікуном.

Ігрова терапія широко застосовується в соціальній роботі з дітьми-інвалідами.Особливості її проведення, підбір методик і технічних засобів залежить від категорії дітей зобмеженими можливостями, тому методи, які застосовуються різняться між собою.

Розглянемо особливості використання методів ігрової терапії з дітьми, які страждають надитячий церебральний параліч. Ігри рухливі і малорухливі є самою прийнятною формоюзанять фізичними вправами з цією категорією дітей. Дитина, включаючись в сюжет гри, стаєїї безпосереднім учасником, веселиться і радіє, забуваючи про свої дефекти. Розмаїтістьрухів, з яких складається рухлива гра, впливає на психофізичний і емоційний стан дитини, щостворює позитивні передумови для корекції.

Для дітей із ДЦП у випадках збереження інтелекту пропонуються сюжетно-рольові ігри,гри-драматизації, де діти не тільки відтворюють досвід минулого і дійсного досвіду, але імоделюють новий досвід. Здатність дитини входити в роль – це важлива умова, необхіднадля корекції не тільки емоційного дискомфорту, але і негативних характерологічних проявів.

Фахівці пропонують будувати заняття на основі тематичної гри, що складається звзаємозв`язаних ситуацій, вправ, заснованих на повторно-коловому методі для відтворенняетапів рухового розвитку дітей. Використання музики вчить дітей адекватно реагувати назвуки, формувати почуття ритму, емоційно-позитивне відношення і мотивацію до діяльності.

Значення в іграх-вправах має текст, звичайно веселий, бешкетний. Такі вправивикористовуються у фізкультхвилинках, як елемент гри руху пальців, кистей рук. Ці вправирозвивають пам'ять, увагу, легше запам'ятовуються слова і рухи [7].

У роботі з дітьми дошкільного віку використовуються імітаційні вправи, ігри.

Е.Калижнюк рекомендує використовувати ігри на тренування уваги, спостережливості.Чергувати їх з іншими видами діяльності, використовувати ігри для розвитку голосу,тренування артикуляції. При корекційній роботі спиратися на збережений зоровийаналізатор. Важливу роль Е.Хейсерман відводить іграм у процесі реабілітації порушенихфункцій у дітей із ДЦП [1].

Як ігровий метод соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, можливе застосування інноваційної технології соціальної роботи – лялькотерапії, який заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленими героями мультфільму, казки, іграшкою.

Основним прийомомкорекційної дії, як елементу соціальної реабілітації використовується лялька, як основний об’єкт взаємодіїдитини та дорослого (соціального робітника, психолога, вихователя, батьків). Дитина, пізнаючиреальний світ, його соціальні зв’язки і стосунки, активно проектує досвід, що сприймається, у специфічну ігрову ситуацію.

Лялькотерапія дозволяє об’єднати інтереси дитини і реабілітаційні та коректувальнізадачі соціального працівника, психолога, вихователя, дає можливість найприроднішого ібезболісного втручання дорослого в психіку дитини з метою її корекціїабо психопрофілактики[8, 71].

Лялькотерапія сприяє зняттю у дитини-інвалідаемоційної напруги; розвитку мовлення; формуванню соціально-побутовихнавичок; дає можливість долати конфлікти [2, 25].

Функції лялькотерапії:

* комунікативна – встановлення емоційного контакту, об’єднаннядітей у колектив;
* релаксаційна – зняття емоційної напруги;виховна – психокорекція прояв особистості в ігрових моделяхжиттєвих ситуацій;
* розвивальна – розвиток психічних процесів (пам’яті, уваги, сприйняття), моторики;навчальна – збагачення інформацією про навколишній світ.

Процес лялькотерапії проходить у два етапи: виготовлення ляльок.використовування ляльок для відреагування значущих емоційних станів.Процес виготовлення ляльок також є корекційним. Захоплюючись процесомвиготовлення ляльок, діти стають спокійнішими, урівноваженими. Підчас роботи у них розвивається довільність психічних процесів, з’являютьсянавики концентрації уваги, посидючості, розвивається уява. У лялькотерапії використовуються такі варіанти ляльок: ляльки-маріонетки, пальчикові ляльки, тіньові ляльки, мотузяні ляльки, площинні ляльки, лялькирукавички, ляльки-костюми [8, 90].

Принцип виготовлення простих маріонеток запропонований щеВальдорфською школою. Робота з лялькою-маріонеткою допомагає удосконалювати тонку моторику руки і загальну координацію рухів; проявлятичерез ляльку ті емоції, відчуття, стани, які дитина з якихось причин неможе або не дозволяє собі проявляти. «Ожививши» таку ляльку, дитинавперше у житті відчуває дорослу відповідальність за дії ляльки; можеусвідомлювати причинново-наслідкові зв’язки між своїми діями і змінамирухів ляльки; вчиться знаходити адекватне тілесне вираження різних емоцій, відчуттів, станів; розвивати довільну увагу і здатність до концентрації.

Найпростішим варіантом виготовлення та використання у соціально-реабілітаційній роботі пальчикових ляльок є кульки від пінг-понгу абопорожні шкаралупи від яєць, на яких намальовані різні вирази обличчя,різні персонажі. Пальчикові ляльки можуть також виготовлятися зі щільногокартону у вигляді невеликих циліндрів, розмір яких підбирається зарозміром пальців дитини [2, 27].

Ляльковий світ збагачує уяву особливої дитини, виконані власнимируками ляльки розвивають дрібну моторику. Дитина збагачує уяву проказкових персонажів, тваринний і рослинний світ, природну стихію знанихі улюблених птахів, хатніх мешканців.

Отже, гра поліпшує не тільки фізичний розвиток, але і впливає на розвиток психічнихпроцесів. Властивості гри як діяльності відбиває багатий соціально-реабілітаційний та психокорекційний потенціал. У грівиявляються не тільки порушені, але і збереженні функції, з опорою на які проводитьсякорекція, реабілітаціята розвиток порушених функцій.

## Висновки до другого розділу

У міжнародній практиці термін «соціальна реабілітація» означає процес, який має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і/абосоціального рівня діяльності та підтримувати його, надавши їм тим самим засоби длязміни їхнього життя і розширення меж їхньої незалежності.

Процес реабілітації передбачає не лише надання медичної допомоги. Він включає всебе широке коло заходів і діяльності, від початкової та більш загальної реабілітації доцілеспрямованої діяльності.

Створення системи ранньої соціальної реабілітаціїдітей-інвалідів при функціонуванні професійної, медичної та соціальноїреабілітації осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями даєзмогу завершити формування цілісної реабілітаційної системи, проводитицілеспрямованузагальнодержавну політику запроваджувати новітніреабілітаційні методики, спільними зусиллями спрямувати їх на допомогудітям-інвалідам, які в ранньому віці могли б максимально розвинути своїприродні здібності без відриву від сім’ї і в подальшому своєчасно та найбільшповно інтегруватися в суспільство.

Соціальна реабілітація дитини-інваліда– це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв’язків та відносин. Метоюсоціальної реабілітації євідновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

Неодмінною умовою реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умовиреабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес,що потребує переорієнтації, і насамперед у напрямі розроблення методології і методикисоціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребуютьне тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і вищеозначених заходівреабілітації, а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку собистих якостей і потребу в соціальному, моральному і духовномусамовдосконаленні.

Ідея застосування гри в якості методу соціальної реабілітації полягає в особливостях психічного розвитку дитини, для якої провідною діяльністю виступає саме гра. Гра для дитини виступає як інтеріоризація соціального досвіду, так і репрезентація внутрішнього світу дитини, її емоційної і погребової сфери. Гра має великий потенціал щодо гармонізації соціальних стосунків дитини, відреагування негативних емоцій і встановлення контакту з близьким оточенням, сприяє подальшої соціалізації дитини.

В сучасній практиці соціальної роботи з дітьми дошкільного віку існує багато методів ігровоїтерапії, які розрізняються за формою організації, за категоріямидітей на яких націлене втручання, за роллюігротерапевта, за основними засобами ігровоїтерапії тощо.

Головним результатом соціальної реабілітації як напрямку соціальної роботи є досягнення такого стану дитини-інваліда, коли вона здатна до виконання соціальних функцій, притаманних здоровим дітям, це, зокрема, комунікативні здібності, здатність до самостійного (чи з застосуванням технічних засобів) пересування, до навчання, до трудової діяльності і громадянської активності.

# РОЗДІЛ 3. СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІК ТА ТЕХНОЛОГІЙ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ, ЯК МЕТОДУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ

## 3.1. Програма дослідження

Проблемна ситуація. На теперішній час процес соціалізації є предметом дослідження фахівцівбагатьох галузей наукового знання. Психологи, філософи, соціологи, педагоги,соціальні педагоги розкривають різні аспекти цього процесу, досліджуютьмеханізми, етапи та стадії, фактори соціалізації.

Однак проблеми соціалізації інвалідів, особливо дітей-інвалідів, увітчизняній літературі ще не є предметом спеціального дослідження. Хочпроблема соціалізації дітей, підлітків та дорослих з порушеннями психічного тафізичного розвитку дуже актуальна і в теоретичному, і в практичномувідношенні.

Інвалідність у дітей означає істотне обмеження життєдіяльності, вона сприяєсоціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями в розвитку, ускладненнямив самообслуговуванні, спілкуванні, навчанні, оволодінні в майбутньомупрофесійними навичками. Освоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду,включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільствапевних додаткових заходів, засобів і зусиль (це можуть бути спеціальні програми,спеціальні центри по реабілітації, спеціальні навчальні заклади тощо). Алерозробка цих заходів повинна ґрунтуватися на знанні закономірностей, задач,сутності процесу соціальної реабілітації.

Створення системи ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів приздійсненні професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженимифізичними і психічними можливостями дає змогу завершити формуванняцілісної реабілітаційної системи в Україні, проводити цілеспрямованузагальнодержавну політику запроваджувати новітні реабілітаційні методики,спільними зусиллями спрямувати їх на допомогу та вирішення проблемдітей з інвалідністю.

Саме тому достатньо актуальним є дослідження особливостей впровадження, використання та удосконаленняпрактичної соціальної реабілітаційної роботи з дітьми-інвалідами, впровадженням новихметодик, технік та технологій роботи з даною категорією, а саме технологій ігрової терапії, як методу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти.

**Об’єкт дослідження – діти з інвалідністю та батьки дітей, що відвідують «інклюзивну» групу дошкільного закладу освіти компенсаторного типу.**

**Предмет дослідження – особливості впровадження технік та технологій ігрової терапії як методу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного навчального закладу.**

Мета дослідження –дослідити форми впровадження технік та технологій ігрової терапії як методу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного навчального закладу.

Об’єкт, предмет та мета дозволили сформувати такі завдання дослідження:

1. Дослідити рівень обізнаності батьків щодо питань «інклюзії» та «інклюзивної групи».

2. Дослідити особливості впровадження технік та технологій ігрової терапії вихователями (асистентами вихователя, соціальними працівниками) як елементу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

3. Визначити та розкрити зміст соціально-педагогічних умов соціальної реабілітації дітей з інвалідністю засобами ігротерапії в умовах ДНЗ.

Гіпотеза дослідження базується на науковому припущенні, що проведене анкетування сприятиме розширенню кола обізнаності батьків щодо питань «інклюзії» та формування у батьків, що виховують дітей з нормою, недискримінованого ставлення до дітей з інвалідністю та покращення морального ставлення особистості дитини та дорослих до дітей з інвалідністю.

Генеральною сукупністю дослідження є батьки дітей, що відвідують КЗ компенсаторного типу «Підгородненський навчально-виховний комплекс № 4».

Вибірка дослідження. Батьки дітей, щовідвідують КЗ компенсаторного типу «Підгородненський навчально-виховний комплекс № 4» та перебувають в інклюзивній групі. Загалом у дослідженні взяло участь 87 респондентів.

Метод дослідження – роздаткове анкетування.

Інструментарій дослідження – анкета-опитувальник (див. Додаток А).

## 3.2. Аналіз результатів дослідження

В рамках проведеного соціологічного дослідження: «Дослідження особливостей впровадження та використання технік та технологій ігрової терапії, як методу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти» **- було проведене анкетування серед** батьків дітей, що відвідують КЗ компенсаторного типу «Підгородненський навчально-виховний комплекс № 4» та перебувають в інклюзивній групі.

Загалом у дослідженні взяли участь 87 респонденти.

Респондентам було представлену анкету-опитувальник, яка містить 20 запитань.

На перше питання анкети «Чи знаєте Ви, що таке «інклюзивна освіта»? відповіді респондентів були наступними:

* відповідь «так» надали 73 респонденти, що складає 83,9% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 14 респондентів, що складає 16,1% від загальної кількості вибірки.

Рис. 3.1. Розподіл відповідей респондентів на перше питання «Чи знаєте Ви, що таке «інклюзивна освіта»?

Відповідно до отриманих відповідей, можемо говорити про те, що більша кількість респондентів з числа батьків обізнана в понятті інклюзивної освіти, тому маємо позитивні прогнози, щодо адаптації, соціалізації та соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в колективи дітей з нормою.

На друге питання «Як Ви вважаєте, що ефективніше для дитини з особливими потребами?»відповіді розподілились так:

- обрали варіант ефективності «індивідуальне навчання» 39 респондентів, що складає 44,8% від загальної кількості вибірки,

- варіант «інклюзивна освіта» обрали 48 респондентів, що складає 55,2% від загальної кількості вибірки

Можна говорити про те, що батьки свідомо готові до навчання дітей в інклюзивній групі з дітьми з інвалідністю.

Рис. 3.2.Розподіл відповідей респондентів на друге питання «Як Ви вважаєте, що ефективніше для дитини з особливими потребами?»

Рис. 3.3. Розподіл відповідей респондентів на третє питання «Чи впливає, на Вашу думку, спільне проведення дозвілля дітей з нормою та дітей з інвалідністю на покращення морального виховання особистості?»

На третє питання: «Чи впливає, на Вашу думку, спільне проведення дозвілля дітей з нормою та дітей з інвалідністю на покращення морального виховання особистості?» було отримано наступні відповіді:

* відповідь «так» надали 63 респонденти, що складає 72,4% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» обрали 24 респонденти, що складає 27,6% від загальної кількості вибірки.

Можемо зробити висновок, що більше половини опитаних батьків позитивно ставляться до спільного проведення дозвілля дітей з нормою та дітей з інвалідністю, це покращує моральне виховання особистості дитини.

Рис. 3.4. Розподіл відповідей респондентів на четверте питання «Чи готові Ви психологічно подолати особистісні бар’єри в спілкуванні з дітьми з особливими освітніми потребами?»

На четверте питання «Чи готові Ви психологічно подолати особистісні бар’єри в спілкуванні з дітьми з особливими освітніми потребами?» отримали такі відповіді:

* відповідь «так» надали 58 респонденти, що складає 66,7% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» обрали 29 респондентів, що складає 33,3% від загальної кількості вибірки.

Тож більша половина батьків готові долати бар’єри в спілкуванні з дітьми з інвалідністю та готові до відкритого спілкування.

На п’яте питання: «Чи обізнані ви з інформацією про інклюзивну освіту дітей дошкільного віку взагалі?» було надано наступні відповіді:

* відповідь «так» надали 72 респонденти, що складає 82,8% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» обрали 15 респондентів, що складає 17,2% від загальної кількості вибірки.

Тобто можемо говорити про те, що батьки досить добре обізнані з інформацією про інклюзивну освіту дітей дошкільного віку та свідомо були готові до навчання в інклюзивній групі

Рис. 3.5.Розподіл відповідей респондентів на п’яте питання «Чи обізнані ви з інформацією про інклюзивну освіту дітей дошкільного віку взагалі?»

На шосте питання: «Ви батьки дитини з інвалідністю?», батьки надали відповіді:

* відповідь «так» надали 31 респондент, що складає 35,6% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали56 респонденти, що складає 64,4% від загальної кількості вибірки

Рис.3.6. Розподіл відповідей респондентів на шосте питання«Ви батьки дитини з інвалідністю?»

На сьоме питання «Чи з самого початку потрапляння до дошкільного навчального закладу вам була запропонована «інклюзивна» група для дитини?» відповіді отримали наступні:

* відповідь «так» надали 53 респонденти, що складає 60,9% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 34 респонденти, що складає 39,1% від загальної кількості вибірки.

Рис.3.7. Розподіл відповідей респондентів на сьоме питання «Чи з самого початку потрапляння до дошкільного навчального закладу вам була запропонована «інклюзивна» група для дитини?»

Рис. 3.8. Розподіл відповідей респондентів на восьме питання «На вашу думку, чи відразу ваша дитина змогла адаптуватися у дитячому колективі?»

На восьме питання «На вашу думку, чи відразу ваша дитина змогла адаптуватися у дитячому колективі?» були отримані наступні відповіді:

* обрали відповідь «так» - 31 респондент, що складає 35,7% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 23 респонденти, що складає 26,4% від загальної кількості вибірки;
* варіант відповіді «важко відповісти» - обрали 17 респондентів, що складає 19,5% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «однозначно відчувала труднощі адаптації» обрали 16 респондентів, що складає 18,4% від загальної кількості вибірки.

На дев’яте питання: «Чи керівництво закладу заохочує інших дітей до виховання в них та розвитку інклюзивної культури?» обрали:

* відповідь «так» - 14 респондентів, що складає 16,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 18 респондентів, що складає 20,7% від загальної кількості вибірки;
* варіант відповіді «важко відповісти» - обрали 13 респондентів, що складає 14,9% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «не повною мірою» обрали 42 респонденти, що складає 48,3% від загальної кількості вибірки.

На десяте питання «Чи використовують вихователі техніки ігрової терапії як елемент виховної діяльності та соціальної реабілітації дітей з нормою та дітей з інвалідністю?» було надано наступні відповіді:

* відповідь «так» надали 74 респонденти, що складає 85,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 13 респондентів, що складає 14,9% від загальної кількості вибірки.

Тож можемо говорити про те, що вихователі інклюзивної групи дошкільного закладу освіти володіють техніками ігрової терапії та використовують їх як елемент виховної діяльності та соціальної реабілітації дітей з нормою та дітей з інвалідністю.

Рис. 3.9.Розподіл відповідей респондентів на дев’яте питання «Чи керівництво закладу заохочує інших дітей до виховання в них та розвитку інклюзивної культури?»

Рис. 3.10. Розподіл відповідей респондентів на десяте питання **«**Чи використовують вихователі техніки ігротерапії як елемент виховної діяльності та соціальної реабілітації дітей з нормою та дітей з інвалідністю?»

На одинадцяте питання «Які техніки чи технології ігрової терапії на ваш погляд є більш ефективними та сприяють успішній соціально-педагогічній реабілітації?» було отримано наступні відповіді:

* відповідь «лялькотерапія» обрав 21 респондент, що складає 24,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «пісочна терапія» обрали 18 респондентів, що складає 20,7% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «сюжетно-рольова гра» обрали 34 респонденти, що складає 39,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «арт-терапія» обрали 14 респонденти, що складає 16,1% від загальної кількості вибірки.

Тож можемо говорити про те, що техніки ігрової терапії позитивно впливають і мають місце буди у проходженні дітьми соціально-педагогічної реабілітації.

Рис. 3.11. Розподіл відповідей респондентів на одинадцяте питання «Які техніки чи технології ігрової терапії на ваш погляд є більш ефективними та сприяють успішній соціально-педагогічній реабілітації?»

На дванадцяте питання «Як ви вважаєте чи є оточуюче соціальне середовище безпечним для вашої дитини?» відповіді були такими:

- відповідь «так, цілком безпечне, моя дитина почувається повноцінно в групі однолітків» надали 27 респондентів, що складає 31% від загальної кількості вибірки;

- відповідь «безпечне посередньо, бо не всі діти однаково позитивно ставляться до дитини з інвалідністю» надали 21 респонденти, що складає 24,1% від загальної кількості вибірки;

- відповідь «ні, середовище не є безпечним, через негативне ставлення дітей, до дитини з інвалідністю» надали 39 респондентів, що складає 44,9% від загальної кількості вибірки.

Бачимо наступне, що батьки дітей з інвалідністю більше занепокоєні створенням безпечного середовища для їх дітей, вважають що безпечне соціальне середовище достатньою мірою в дошкільному закладі освіти не створене.

Рис. 3.12. Розподіл відповідей респондентів на дванадцяте питання «Як ви вважаєте чи є оточуюче соціальне середовище безпечним для вашої дитини?»

На тринадцяте питання «Чи відповідають віковим особливостям дітей меблі та обладнання, що використовуються вихователями для соціальної реабілітації дітей з інвалідністю?» отримано такі відповіді:

* відповідь «так» надали 54 респонденти, що складає 62,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 11 респондентів, що складає 12,6% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «важко відповісти» надали 22 респонденти, що складає 44,9% від загальної кількості вибірки.

Отже, 44,9% батьків дітей не зовсім задоволені меблями та обладнанням, яке призначене для успішної соціально-педагогічної реабілітації дітей.

Рис. 3.13.Розподіл відповідей респондентів на тринадцяте питання «Чи відповідають віковим особливостям дітей меблі та обладнання, що використовуються вихователями для соціальної реабілітації дітей з інвалідністю?»

На чотирнадцяте питання: «Чи заохочують іграшки, інші навчальні матеріали до розвитку в дітей ініціативи, самостійності, творчості, дослідницької діяльності?» отримано таці відповіді:

* відповідь «так» надав 61 респондент, що складає 70,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 12 респондентів, що складає 13,8% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «важко відповісти» надали 14 респондентів, що складає 16,1% від загальної кількості вибірки.

Рис. 3.14 Розподіл відповідей респондентів на чотирнадцяте питання «Чи заохочують іграшки, інші навчальні матеріали до розвитку в дітей ініціативи, самостійності, творчості, дослідницької діяльності?»

На п’ятнадцяте питання: «Чи використовуються техніки ігрової терапії для того, щоб сприяти спілкуванню, розвитку грамотності, математичної, природничої компетентності та соціально-педагогічній реабілітації дітей?» респонденти надали такі відповіді:

* відповідь «так» надали 76 респондентів, що складає 87,4% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 11 респондентів, що складає 12,6% від загальної кількості вибірки.

Рис. 3.15. Розподіл відповідей респондентів на п’ятнадцяте питання «Чи використовуються техніки ігрової терапії для того, щоб сприяти спілкуванню, розвитку грамотності, математичної, природничої компетентності та соціально-педагогічній реабілітації дітей?»

На шістнадцяте питання «Чи регулярно вихователі Вас інформують про щоденні види ігрової діяльності, як елементу виховної роботи та соціально-педагогічної реабілітації?» було надано такі відповіді:

* відповідь «так» надали 58 респондентів, що складає 66,7% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 29 респондентів, що складає 33,3% від загальної кількості вибірки.

Рис. 3.16. Розподіл відповідей респондентів на шістнадцяте питання «Чи регулярно вихователі Вас інформують про щоденні види ігрової діяльності, як елементу виховної роботи та соціально-педагогічної реабілітації?»

Рис.3.17. Розподіл відповідей респондентів на сімнадцяте питання «Чи долучають вас до процесу прийняття рішень щодо розвитку і навчання своєї дитини, її додаткових потреб?»

На сімнадцяте питання «Чи долучають вас до процесу прийняття рішень щодо розвитку і навчання своєї дитини, її додаткових потреб?» респонденти надали такі відповіді:

* відповідь «так» надали 37 респондентів, що складає 19,6% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 17 респондентів, що складає 33,3% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «не завжди» надали 33 респонденти, що складає 39,9% від загальної кількості вибірки.

На вісімнадцяте питання: «Чи беруть діти з особливими освітніми потребами рівноцінну участь у житті групи дошкільників?» отримали такі відповіді:

* відповідь «так» надав41 респондент, що складає 47,1% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 20 респондентів, що складає 23% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «важко відповісти» надали 26 респондентів, що складає 29,9% від загальної кількості вибірки.

Рис. 3.18.Розподіл відповідей респондентів на вісімнадцяте питання «Чи беруть діти з особливими освітніми потребами рівноцінну участь у житті групи дошкільників?»

На дев’ятнадцяте питання «Чи потрібні, на вашу думку, заходи для вашої дитини у дошкільному навчальному закладі, які запобігали б упередженому ставленню до дітей з особливостями розвитку/інвалідністю?» отримано наступні відповіді респондентів:

* відповідь «так» надав 71 респондент, що складає 81,6% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 16 респондентів, що складає 1,4% від загальної кількості вибірки.

Рис.3.19.Розподіл відповідей респондентів на дванадцяте питання «Чи потрібні, на вашу думку, заходи для вашої дитини у дошкільному навчальному закладі, які запобігали б упередженому ставленню до дітей з особливостями розвитку/інвалідністю?»

На двадцяте питання «Чи адаптована ваша дитина наразі до інклюзивної групи не залежно від особливості освітніх потреб» відповіді були такими:

* відповідь «так» надав 68 респондент, що складає 78,2% від загальної кількості вибірки;
* відповідь «ні» надали 19 респондентів, що складає 21,8% від загальної кількості вибірки.

Можемо говорити про досить достойний показник соціальної адаптації до інклюзивної групи у колективі, не залежно від особливості освітніх потреб дітей з нормою та дітей з інвалідністю.

Рис. 3.20. Розподіл відповідей респондентів на двадцяте питання «Чи адаптована ваша дитина наразі до інклюзивної групи не залежно від особливості освітніх потреб»

Отже, за допомогою соціологічного дослідження та теоретичного аналізу наукової літератури було визначено певні особливості впровадження та використання технік та технологій ігрової терапії, як методу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти.

Слід зазначити, що вихователями ДНЗ створена необхідна атмосфера без упередженого ставлення, суспільних стереотипів, для проходження успішної соціальної реабілітації та адаптації дітей з інвалідністю, де кожна дитина відчуває себе рівноправною, рівноцінною з іншими, може реалізувати свої права та потреби.

Перед колективом дошкільного закладу не стояло питання, чи приймати дітей зособливими потребами в дитячий садок, чи ні. Скоріше за все, проблема була в тому,як вони зможуть вирішити найбільшу педагогічну проблему ХХІ століття: якзабезпечити гуманне та ефективне інклюзивне виховання.

Дошкільним навчальним закладом, були виділені основні принципи навчання- сфера життєдіяльності дитини дошкільного віку – гра та техніки ігрової терапії. Навчання та вихованнядітей повинно відбуватися виключно в ігровій діяльності. Вихователі закладувідмовилися від дидактичних методів навчання, та проведення навчальнихзанять, натомість намагалися створити умови, щоб діти самостійно проводилидослідження навколишнього середовища,створювали життєві ситуації, де дітимали можливість досліджувати всіма органами відчуття, словесногоузагальнення своїх думок, колективної співпраці тощо.

Також, слід сказати що в дошкільному закладі повною мірою забезпечується захист прав дитини (дитина має право на відповідний доглядта виховання, в спокійній урівноваженій атмосфері, яка підпорядковуєтьсяіндивідуальним потребам дитини, віковим та індивідуальним особливостям,темпу розвитку);індивідуальний підхід, виховання дітей в радості та орієнтації на успіх;прийняття відмінності, самоприйняттятощо.

Досліджено, що спільне навчання дітей має сприятливий вплив не тільки на дітей з інвалідністю, але і на дітей з нормою. Вони навчаються приймати відмінність, пристосовуватися один до одного, приходити на допомогу. Це допомагає зламати стереотипи та упереджене ставлення до дітей та дорослих людей з інвалідністю.

## Висновок до третього розділу

Результати соціологічного дослідження засвідчили вирішення поставлених завдань і дали підстави для таких висновків.

Інтеграція дітей з особливими потребами в загальні навчально-виховні закладимає свої переваги. Дошкільний період надзвичайно важливий в житті кожної дитини,саме в цьому віці формуються якості її особливості. Для дітей з особливими освітніми потребами цей період ще важливіший. Надзвичайно важливо, щоб дитина чимшвидше, на початковій стадії свого життя відчула всю ту підтримку, педагогічнийсупровід, з допомогою яких максимально розвинуться її здібності. Інтеграція дітей з інвалідністю та соціальна реабілітація їх в дошкільному віці сприятиме покращенню навчання дитинита кращій адаптації до школи, надасть рівні права та відверне від соціальної ізоляції.

Завдяки соціологічному дослідженню було вивчено особливості та труднощі соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в дошкільному закладі освіти. Було визначено, що ефективним засобом соціально-педагогічноїреабілітації дошкільників в умовах інклюзивної освітиє ігрова діяльність, адже для маленької дитини гра – це основний вид діяльності, це засібвзаємодії з навколишнім світом, засіб його пізнання. Недаремно гру називають королевоюдитинства. Тому, звичайно, потенціал гри повинен бути використаний і у навчально-виховномупроцесі.

Адже за вмілого використання гра може стати незамінним помічником вихователя (асистента, соціального працівника).Гра приваблює тим, що в ній всі рівні. Вона під силу навітьслабким дітям, більш того, слабка дитина може стати першою у грі: винахідливість ікмітливість, атмосфера захоплення і радості,відчуття посильних завдань – все це дає змогу дітям перебороти сором`язливість і добре відбивається на результатах соціальної реабілітації. Удітей переважають позитивні емоції, ніколи не принижується їх гідність*.* Гра унавчально-виховному процесі створює мотивацію, близьку до природної, збуджує інтерес,підвищує рівень навчальної праці, розвиває комунікативні навички. Вона ні в якому разіне терпить примусу і є процесом суто добровільним.

Процес навчання дітей-дошкільників з інвалідністю може супроводжуватисятруднощами, що стримують їх загальний розвиток, соціальну адаптацію та академічніуспіхи. Навчання як розвага є ефективною формою пізнання світу в ігровій формі,оскільки через розвагу не просто створюється обізнаність про певний предмет, аодночасно встановлюється емоційний зв’язок дитини і досліджуваного предмета. Такенавчання дозволяє моделювати реальність, «змінювати її» в умовній ігровій ситуації. Граздатна принести розважальний момент в процес виховання та навчання, що дуже важливо длявирішення завдань навчання і розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Застосування гри восвіті таких дітей перетворює важке навчальне завдання в захоплюючу ігрову мету, щостворює адаптовану середу, ситуацію успіху і формує мотив навчання у цій категоріїдітей. Разом з цим процес навчання не перетворюється в абсолютну розвагу. Ігри, щосупроводжуються розвитком захоплюючого сюжету, являють собою своєрідну підготовку
дітей з інвалідністю до майбутнього відповідального серйозного життя, повногосенсу і радості.

Використання гри в інклюзивній освіті гармонійно поєднується з традиційнимиметодиками. Однак саме гра дозволяє дитині з особливими освітніми потребамивідчувати насолоду, позитивні емоції, а через неї – позитивне ставлення до навчання.

Таким чином, будь-який акт ігрової діяльності в процесі навчання викликає у «особливої»дитини різноманітні почуття, сукупність яких становить її емоційно-чуттєвий досвід.

Включення гри в інклюзивну освіту в дошкільному закладі освіти дітей з інвалідністю надає їйособливий характер. Це обумовлено тим, що гра, ігрові прийоми, предмети і ігроваситуація виступають засобами терапії, які здатні активізувати увагу дітей на досліджуваному матеріалі, спонукати їхінтерес до нього, мотивувати їх взяти участь в навчально-виховному процесі, іншими словами –реалізуються розважливі функції гри.

Стосовно саме дітей з особливими освітніми потребами, перед наукою іпрактикою стоїтьзавдання вивчення соціально-психологічного аспекту інтеграції таких дітей, їх психологічнихособливостей, які дозволили б виділити характеристики, необхідні для успішногоінтегрування даної категорії дітей в суспільство «нормативно» розвинутих однолітків. Ітут, неможливо переоцінити значення ігрової діяльності, яка є дуже ефективним засобомсоціальної реабілітації та адаптації дітей з інвалідністю в умовах дошкільного закладу освіти.

## ВИСНОВКИ

Аналіз науково – теоретичних джерел дозволив сформулювати такі висновки дипломної роботи:

Найпоширенішими в сучасній психолого-педагогічній і медико-соціальнійлітературі є поняття «діти з особливостями розвитку», «діти з обмеженимиможливостями» діти з інвалідністю. Поняття дитина з інвалідністю охоплюєкатегорію осіб, життєдіяльність яких характеризується будь-якимиобмеженнями або відсутністю здатності здійснювати діяльність способом або врамках, що вважаються нормальними для людини даного віку [9, с. 115]. Цепоняття характеризується непомірністю або недостатністю в порівнянні іззвичайним в поведінці або діяльності, може бути тимчасовим або постійним, атакож прогресуючим і регресивним.

За сучасних умов соціально-економічної кризи гостро постає питаннясоціально-психологічної інтеграції дітей-інвалідів, які не залучені до спільноїгромадської діяльності. Ми маємо усвідомити, що головна проблема дитини зінвалідністю – це порушення її зв’язку з навколишнім світом, вобмеженні спілкування, в доступі до культурних цінностей, а інколи – і доелементарного навчання.

Оскільки чисельність інвалідів в Україні із кожним роком зростає, згідно з державною статистичною звітністю дитяча інвалідність, навіть на тлі зниження показника народжуваності, має стійку тенденцію до зростання. В цій проблемі важливо об'єднати всі соціальні інститути, а головне - привернути увагу держави і створити чітку законодавчу базу.

Проблема інтегрування дитини з інвалідністю в суспільство не може бути розв’язана без створення необхідних умов, без згоди самого суспільства прийняти людину з обмеженими фізичними та розумовими можливостями [9].

Над цією етичною проблемоюмають працювати і державні структури, і громада.

Одним із пріоритетних напрямів політики нашої держави на сьогоднішній день є створення інклюзивного освітнього середовища. Актуальність цієї проблеми зумовлена зростанням кількості дітей з інвалідністю, які потребують спеціально створених виховних та освітніх умов, що сприяли б їхній соціальній реабілітації, адаптації та інтеграції в активне суспільне життя.

Важливою умовою результативної соціальної реабілітації та адаптації дітей, які мають особливі освітні потреби, має стати інклюзивне навчання. Адже європейська практика свідчить, що більшість із цих дітей можуть навчатися і виховуватися у дошкільних (або загальноосвітніх) закладах за моделлю інклюзивної освіти, яка передбачає надання освітніх послуг дітям з особливими потребами у звичайних групах (класах) дошкільних (загальноосвітніх) закладів освіти за умови відповідної підготовки вчителів і підтримки сімей [1, с.128].

Соціальна реабілітація дитини з інвалідністю – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв’язків та відносин.

Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальноїнезалежності.

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

Соціальна реабілітація дітей з інвалідністю – це складнийпроцес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи.

Таким чином, реабілітація дітей з особливими потребами має свої особливості, оскільки вона повинна забезпечувати, враховуючи, що мова йде про зростаючий організм, розвиток усіх систем і функцій, попереджувати затримку у рості та розвитку.

Тож організація процесу соціальної реабілітації має базуватися на ряді принципів: гуманістичного спрямування соціально-реабілітаційного процесу, опору на провіднудіяльність, навчання діяльності, опору напозитивні та сильні сторони особистостідитини.

Сучасна література визначає три рівні проблем, що стоять на шляху реалізації заходів соціальної реабілітації дитини з інвалідністю:

- проблеми макрорівня – у межах держави;

- проблеми мезорівня – наявність регіональних умов;

- проблеми мікрорівня – у сім’ї та її найближчому оточенні.

Соціально-педагогічна реабілітація дітей з інвалідністю певною мірою можлива лише за умов розв’язання проблем на всіх цих рівнях.

Серед технологій соціальної реабілітаціїпровідне місце відводиться програмі реабілітації, а в даному випадку соціальній реабілітації дитини з інвалідністю саме в умовах закладу дошкільної освіти. Це система заходів, спрямованих на розвиток можливостей дитини і всієїсім’ї, яка розробляється разом із батьками, командою спеціалістів, до складу якої входять вихователь, лікар, соціальний працівник, педагог, психолог тощо.

У ході магістерського дослідження під час розгляду основ ігрової діяльності дитини і ми дійшли висновку, що дитяча гра є невід'ємною складовою дитинства. Саме дитяча гра сприяє розвитку: адаптативних механізмів, сприйняття, уваги, фантазії та пам'яті. Потрібно наголосити, що дитина має справжнє емоційне й інтелектуальне життя тільки тоді, коли вона живе в світі ігор, казки, музики, фантазії і творчості.

Проаналізувавши історію розвитку ігрової терапії можна дійти до висновку, що дитяча гра здавна цікавила різних вчених. Велике розмаїття дитячих ігор були використані психологами різних шкіл для діагностики та корекції дитячої особистості. У зразках дитячих ігор призначалися не лише для фізичного розвитку і загартування, але були школою для соціальної адаптації і спілкування. Під час гри використовувалися діалоги, де закріплювався комунікативна взаємодія та поведінкові навички, вироблялося певне відношення до товаришів, почуття дружби, одночасно проходило тренування пам'яті, заучуючи ті чи інші віршовані тексти. Велике розмаїття дитячих ігор було притаманне різним психологічним напрямкам. Для більшості ігор діти використовували іграшки, що відображали їх внутрішній конфлікт. Іграшка із забавки перетворилася на серйозний компонент соціальної реабілітації дитини з інвалідністю, корекційний інструмент, як і сама гра.

З'ясувавши основні сучасні методики ігрової терапії, що направлені на соціальну реабілітацію дітей з інвалідністю, повинні носити системний, ціленаправлений характер і використовуватися фахівцями відповідно до психофізичних особливостей дитини.

Проаналізувавши реабілітаційний потенціал ігрової терапії, ми дійшли висновку, що ігрова терапія являється провідним фактором у розвитку дитини. Вона є варіативною, тематичною, мобільною, дієвою і має тенденції до розвитку їх динаміки відповідно до пізнавального розвитку дитини. Вибір діяльності в навчально - ігровому довкіллі сприяє усвідомленню дитиною власної мети, умов її досягнення, прагненню до кінцевого результату, здатності здолати труднощі й таким чином самореалізуватисяі самостверджуватися як особистість. Ці завдання можливо вирішити за допомогою чітко спланованої і послідовної ігрової терапії.

Головним результатом соціальної реабілітації як напрямку соціальної роботи, засобами ігрової терапії в умовах дошкільного навчального закладу є досягнення такого стану дитини з інвалідністю, коли вона здатна до виконання соціальних функцій, притаманних здоровим дітям, це, зокрема, комунікативні здібності, здатність до самостійного(чи з застосуванням технічних засобів) пересування, до навчання, до трудової діяльності і громадянської активності.

Викладене дає можливість зробити висновокпро актуальність і результативність такого виду діяльності, як соціальна реабілітація, засобами ігрової терапії, в умовах дошкільного закладу освіти, що в свою чергу є важливою складовою соціальної адаптації в суспільстві дітей з інвалідністю, і відповідає парадигмі сталого розвитку щодо соціальної справедливості [8].

Діти з інвалідністю в дошкільному колективі, за допомогою ігрової терапії, як метода соціальної реабілітації, навчаються правилам спільного життя, дуже швидко навчаються жити зі своїми особливостями, в той час, як бачитимуть необхідний приклад і зразок для наслідування. Створені в дошкільному закладі життєві ситуації навчать їх діяти по мірі своїх можливостей. Навчання дітей з інвалідністю в дошкільному закладі освіти знімає почуття ізоляції.

Завдяки позитивному прикладу вихователів, як дитячий так і колектив батьків прийняв, підтримав та вважав за природне наявність дітей з інвалідністю в їх групі.

Нажаль, згідно з результатами соціологічного дослідження не всі батьки в групі позитивно сприймали дітей з особливими освітніми потребами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Загальна декларація прав людини. Прийнята та проголошена резолюцієюГенеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року [Електроннийресурс] / Режим доступу: Пошукова система: «Верховна рада України:Законодавство» // zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995\_015.
2. Закон України «Про освіту» // Голос України. – 1996. – №77. // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
3. Закон України від 26 квітня 2001 р. №2402–ІІІ «Про охоронудитинства» (статті 21, 26, 27) // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
4. Закон України від 21 червня 2001 р. №2558–III «Про соціальну роботуз сімʼями, дітьми та молоддю» // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
5. Закон України від 16 листопада 2000 р. №2109–III «Про державнусоціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям–інвалідам» // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
6. Закон України від 19 червня 2003 р. №966–IV «Про соціальні послуги» // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
7. Закон України від 21 березня 1991 р. №875–XII «Про основисоціальної захищеності інвалідів в Україні» // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
8. Закон України № 2961-ІV від 06.10.2005 р. «Про реабілітацію інвалідів вУкраїні» [Електронний ресурс] / Режим доступу : Пошукова система :«Верховна рада України : Законодавство» // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
9. Закон України № 875-XII від 21.03.1991р. «Про основи соціальноїзахищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс] / Режим доступу :Пошукова система : «Верховна рада України : Законодавство» //zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi.
10. Закон України № 966-IV від 19.06.2003 р. «Про соціальні послуги»[Електронний ресурс] / Режим доступу : Пошукова система: «Верховнарада України : Законодавство» // zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi.
11. Постанова Кабінету Міністрів України № 1126 від 27.08.2004 р. «Прозаходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сімʼями, дітьми тамолоддю» [Електронний ресурс] / Режим доступу: Пошукова систем:«Верховна рада України: Законодавство» // zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi.
12. Постанова Кабінету Міністрів України № 1686 від 08.12.2006 р. «Прозатвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів»[Електронний ресурс] / Режим доступу : Пошукова система : «Верховнарада України : Законодавство» // zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi.
13. Акімова О. Інклюзивна освіта: сутність, поняття, термінологія // Освітадітей з особливими потребами : від інституалізації до інклюзії / О. Акімова,В. Сапогов // Зб. тез. доп. / Редкол.: В. В. Засенко, А. А. Колупаєва,Н. І. Лазаренко, З. П. Ленів. – Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2016. –С. 32-34.
14. Актуальні проблеми спеціальної психології та педагогіки: [зб. наук. праць / наук. ред. Вишемирський В.С. та ін.]. — Херсон: ПП Вишемирський В.С. — 2005. — 202 с.
15. Алфьорова Г.В. Нові підходи в корекційно-розвиваючій роботі з дітьми, що страждають ДЦП [Текст] / Г.В. Алфьорова // Дефектологія. – 2001. – г3. – С. 10–14.
16. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: навчальнийпосібник / О. В. Безпалько. – Київ : Центр навчальної літератури, 2003. –134 с.
17. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 книгах : навчально-методичневидання книга перша : Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади / І. Д. Бех. – Біла Церква : ВАТ «Білоцерківськакнижкова фабрика», 2003. – 278 с.
18. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку : навч. посіб. /І. Д. Бех. – Київ : Академвидав, 2012. – 256 с.
19. Благодійні інституції України: сучасний стан та перспективи розвитку (зарезультатами соціологічного дослідження) / Автори: О.В. Безпалько, Ю.М.Галустян, А.В. Гулевська-Черниш – К.:Книга плюс, 2008. – 120 с.
20. Бойко М.Д. Право соціального забезпечення України: Навчальний посібник. Вид. 3-те, доп. та переробл. - К.: Атіка, 2006. - 380 с.
21. Борбич Н.В. Соціалізація особистості – необхідна умова вихованнясвідомого громадянина держави / Н. В. Борбич // Шкільний світ. – 2004. –Березень (№10). – С. 8-15.
22. Борщевська Л. В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В. Борщевська, А.В. Зіброва. — К. — 2009 — 160 с.
23. Бочелюк, В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями :навч. посіб./ В. Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
24. Введення в соціальну роботу: Навч. прсіб. / Т.В. Семигіна, І.М. Грига та ін. – К.: Фенікс, 2001. – 246 с.
25. Виховання в сім'ї дітей з особливими потребами / У поряд. І. Б. Іванова. — К.: УДЦССМ. — 2008. — 83 с.
26. Вступ до соціальної роботи : Навч. посібник для студентів ВНЗ / За ред. Т. В. Семігіної, І.І. Миговича. — К. : Академвидав. — 2005. — 304 с.
27. Діти з особливими потребами в школі : Психолого-педагогічний супровід /О. Романова та ін. – Київ : Шк. світ, 2011. — 128 с.
28. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України. Сучасний стан іперспективи розвитку. К., 2009.- с.52-55.
29. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / [за заг. ред. проф.І. Д.Звєрєвої]. – Київ, Сімферополь : Універсум, 2012. – 536 с.
30. Замашкіна О.Д. Основи соціальної реабілітації: навчально-методичні рекомендації. ІДГУ Ізмаїл, 2019. – 193 с.
31. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.- метод. зб.: Вип. 8 /– К.: Наук. світ, 2006. – с. 85 – 88.
32. Звєрєва І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями.// Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К., 2005. – С. 4-10.
33. Іванова І.Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам у системі соціальних служб для молоді // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К., 2005. – С. 28-32.
34. Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів / І. Б. Іванова. — К. : Логос. — 2000. — С. 188.
35. Ільясов Р. А. Методичний посібник з організації професійного навчання за робітничими професійними та його соціально — психологічного супроводу в умовах центрів професійної реабілітації інвалідів. / Р. А. Ільясов — К. — 2006. — 105 с.
36. Інвалідність та суспільство : навчально-методичний посібник / [за заг.редакцією Л. Ю. Байди, О. В. Красюкової-Еннс]. – Київ, 2012. – 216 с.
37. Індекс інклюзії: дошкільний навчальний заклад: Навчально-методичний посібник / Кол. упорядників: Патрикеєва О. О., Дятленко Н. М., Софій Н. З., Найда Ю. М. Під заг. ред. Шинкаренко В. І. – К.: ТОВ «Видавничий дім “Плеяди”», 2013. – 100 с.
38. Інклюзивне навчання : організаційне, змістове та методичне забезпечення : навчально-методичний посібник / [кол. Авторів ; за заг. ред.С.П.Миронової]. – Кам’янець-Подільський : Кам’янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. – 236 с.
39. Інклюзивний простір. Порадник для педагогів та батьків: навчально-методичному посібнику / укл. Логвін Т.В. – Чернігів : Десна Поліграф, 2018. – 188 с.
40. Інноваційні моделі соціальних послуг : Проекти Українського фондусоціальних ініціатив / [за ред. Н. В. Кабаченко]. – Київ : ЗАТ «ВІПОЛ»,2006. – 320 с.
41. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. rомплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Звєрєва, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І.Д. Звєрєвої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
42. Інформування населення про соціальні та реабілітаційні послуги: методичний посібник / Тетяна Семигіна, Ганна Коришова,Олена Іванова; проект ПРООН «Підтримка реформи соціальногосектору в Україні». – К. : К.І.С., 2013. – 104 с.
43. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /Упорядники: С.Я. Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О. Кратінова, О.Л. Караман. – Луганськ: Альма-матер, 2005. – 408 с.
44. Каган Л. Реабілітація – шлях до інтеграції у суспільне життя / Л. Каган// Соціальний захист. – 2004. – №12. – С. 12 – 16.
45. Казанікова О. В. Проблема соціалізації дітей з обмеженими розумовими можливостями (аналіз діяльності Центру реабілітації дітей-інвалідів м. Херсон) / О. В. Казанікова, Л. Т. Нікішина // Практична психологія та соціальна робота. — №8. — 2001 — 48 с.
46. Калініна Л.А. Використання лялькотерапії як напряму арттерапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку / Л.А. Калініна // Педагогіка. – № 5. – 2009. – С. 25 – 29.
47. Капська А.Й. Соціальна робота: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.
48. Коваль А.Т., Звєрєва І.Д., Хлєбік С.Р. Соціальна педагогика / Соціальнаробота: Навчальний посібник.- К.: ІЗМН, 2007.-392с.
49. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Монографія / А.А.Колупаєва. – К. : «Самліт: Книга», 2009. – 272 с.
50. Компанець Н.М., Луценко І.В. Навчально-методичний посібник «Моделювання індивідуального розвитку дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного ДНЗ». / Н.М. Компанець, І.В. Луценко. – К.: , 2018. – С.- 66.
51. Комплексна реабілітація інвалідів: Навчальний посібник для студ. Вищ. Учеб. Закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В. Чешехіна; під ред. Т.В. Зозулі. - М.: "Академія", 2005. - 304 с.
52. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів // Праваінвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – 96 с.
53. Концепція спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами вУкраїні. // Дефектологія.- 2006.- №1- с.2-15.
54. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: Науково - методичний збірник / ред. коп. Н.Софій та ін. — К. : Контекст. — 2000. — 336 с.
55. Лорман Т. Сім стовпів підтримки інклюзивної освіти / Т. Лорман //Дефектологія. Особлива дитина : навчання та виховання. – 2010. – №3 –С. 3-11.
56. Лорман Т. Сім стовпів підтримки інклюзивної освіти: Як перейти відзапитання «Чому?» до запитання «Як?» / Т. Лорман // Міжнароднийжурнал цілісної освіти. – 2007. – Т.3. – №. 2. – 21 с.
57. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи : Навч. посіб. – 2-ге вид., доп. і випр. – К.: МАУП, 2003. – 168 с.
58. Недомовна В. Успішна інклюзивна освіта : співпраця батьківської спільноти та школи / В. Недомовна // Директор школи. – 2016. – № 1/2. – С. 20–22.
59. Одинченко Л.К. Допомога аномальним дітям в Україні (Х-ХХ ст). //Педагогіка і психологія.- 2005.- №2- с.120-126.
60. Орбан-Лембрик Л. Є. Соціальна психологія: У 2кн. Кн.1: Соціальна психологія особистості і спілкування. — К. : Либідь. — 2004. — 576 с.
61. Орбан-Лембрик Л.Є. Соціально-психологічна діагностика: Навчально-методичний посібник. / Л.Є.Орбан-Лембрик, О.Ю. Кощинець — Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. — 2005. — 86 с.
62. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ: 2018. – 252 с.
63. Основи інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / за заг.ред. Колупаєвої А. А. – Київ : « А. С. К. «, 2012. – 308 с.
64. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи:навчально-методичний посібник / за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. – К. : Інтермед,2005. – С. 16.
65. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: Навчальний посібник/ С. С. Пальчевський — К. :Кондор. — 2005. — 560 с.
66. Польовик О. В. Проблеми життєдіяльності дітей з особливими потребами в сучасному суспільстві / О. В. Польовик //Сучасна теорія і практика соціальної роботи: зб. наук. пр./ Хмельницький: ХІСТ Університету «Україна»; [голов. ред. : М.Є.Чайковський]. — 2010. — С. 99.
67. Права людини: знати, щоб захищати. Що треба знати про захист прав дітей з інвалідністю: методичний посібник / Під заг. ред. Софій Н. З., – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. - 52 с.
68. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодовирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь. –К. : ДЦССМ, 2002. – 217 с.
69. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів: Колесо, 2008. – 144 с
70. Романовська Д.Д. Психологічний супровід процесу інтеграції у суспільство дітей з особливими потребами / Д.Д. Романовська // Психологічний та соціально-педагогічний супровід навчання і виховання «особливої дитини» у школі: метод. посібник / за ред. Д.Д. Романовської, С.І. Собкової. – Чернівці : Технодрук, 2009. – С. 104 – 109.
71. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
72. Сварник М. Інклюзивна освіта в Україні : попередній аналіз ситуації /М. Сварник // Інклюзивна освіта. Збірник матеріалів проекту. – Київ : 2013.– 25 c.
73. Семигіна Т. В. Інформаційне забезпечення соціальної сфери/Т. В. Семигіна. – К.: КМ Академія, 2007. – 156 с.
74. Система соціального і психолого-педагогічного супроводу дітейпільгових категорій / [авт. тексту О. І. Василькова, І. В. Родигіна, М. І.Гринчук та ін.] – Донецьк : ДонІППО Витоки, 2006. – 206 с.
75. Сім’я дитини в умовах інклюзивної освіти. Методичні поради батькам: навчально-методичний посібник / А.Г.Шевцов, О.В.Романенко,Л.О.Ханзерук, О.В.Чеботарьова ; за заг. ред. А.Г.Шевцова. – К. : Слово, 2013. –112 с.
76. Сорочинська В. Є. Організація роботи соціального педагога : навчальнийпосібник / В. Є. Сорочинська – Київ : Кондор, 2005. – 198 с.
77. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональнимиобмеженнями: навч.-метод. посіб. для соціальних працівників тасоціальних педагогів / за ред. проф. А. Й. Капської. – Київ: ДЦССМ, 2003.– 168 с.
78. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами : навчально-методичний посібник / сост. Н.В. Заверико, Т.Г. Соловйова. – Запоріжжя : ПП «Тандем», 2008. – 53 с.
79. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями. – К.: Держсоцслужба, 2005. – 108 с.
80. Соціальна реабілітація дітей та молоді з особливими потребами/Інформаційно-методичний збірник. – Одеса : ООЦССМ, 2001. – 162 с.
81. Соціальна робота з батьками, що мають дитину — інваліда / За ред. А.О. Бугана. — Рівне. — 2001 — 215 с.
82. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / [І. Д. Звєрєва, О. В. Безплько, С. Я. Харченко та ін.]; За заг. ред. : І. Д. Звєрєва, Г. М. Лактіонової. — К. : ДЦССМ. — 2004. — 256 с.
83. Соціальні технології: світовий досвід та тенденції розвитку в Україні : монографія / [за ред. В. В. Барабаша]. – Херсон : Вид-во ПП Вишемирський В. С., 2008. – 340 с.
84. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів //Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – 178 с.
85. Спільне викладання в інклюзивному класі: метод. матеріали / Укладач Софій Н. З., – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 70 с.
86. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник для студентів вищих навчальних закладів /За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. – К.: Академвидав, 2005. – 328 с.
87. Технології роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: Методичний посібник / С.В. Толстоухова, О.О. Яременко, О.В. Вакуленко та ін. – К.: ДЦССМ, Державний ін-т проблеми сім’ї та молоді, 2003. – 88 с.
88. Технології соціально-педагогічної роботи: Навч. посібник / За заг. ред.А. Й. Капської. – К. : Логос, 2000. – 218 с.
89. Титаренко Т. Дитина з особливими потребами та її життєвий світ:напрямки психологічного консультування / Т. Титаренко // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник / ред. кол.Н. Софій (голова), І. Єрмаков (керівник авторського колективу і науковийредактор) та ін. – К. : Контекст, 2000. – 336 с.
90. Толстоухова С.В. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / За ред. Толстоухової С. В., Пінчук І.М. – К.: УДЦССМ, 2000. – 184 с.
91. Турчінська В.Є. Про організацію соціально-психологічної підтримкирозумово відсталих. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 2005,с.23-25.
92. Хіля А. В. Специфіка формування соціальної компетенції у дітей зфункціональними обмеженнями (у розрізі Вінницької області) / А. В.Хіля // Становлення і розвиток педагогіки. Матеріали IМіжнароднародної науково-практичної конференції (м. Івано-Франківськ, 23-24 грудня 2016 року). – Херсон: Видавничий дім«Гельветика», 2016. – С. 150-152.
93. Хіля А. В. Сприяння особистісній ідентифікації дітей зфункціональними обмеженнями засобами арт-терапії в умовах центрівсоціально-психологічної реабілітації / А. В. Хіля // Простір арт-терапії:Мистецтво життя: Матеріали ХІІ Міжнародної міждисциплінарноїнауково-практичної конференції (м. Київ, 27-28 лютого 2015 року) / [занаук. ред. А. П. Чуприкова, Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, О.М. Скнар]. – Київ : Золоті ворота. 2015. – С. 84-87.
94. Хмизова О.В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей зособливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальноїреабілітації / О.В. Хмизова, Н.В. Остапенко // Соціальна робота в Україні:теорія і практика : науково-методичний журнал. – 2011. – № 3/4. – С. 203 – 211.
95. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 464 с.
96. Шведов А. Відкрита модель соціальної реабілітації / А. Шведов //Повір у себе. – 2002. – №45. – С. 21 – 24.
97. Шевців З.М. Основи соціально-педагогічної діяльності. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 248 с.
98. Шевцов А.Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я: Зб. наук. пр. Кам’янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна, Вип. VI. – Кам’янець-Подільський, 2006. – С. 337- 342.
99. Шевцов А. Г. Теоретико-методологічні основи реабілітології як міждисциплінарної метанауки / А. Г. Шевцов // Соціальна педіатрія та реабілітологія. – 2011. – № 1. – С. 78.
100. Щербакова К.В. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнямизасобами мистецтва: навч. посібник / К.В. Щербакова, Ж.В. Петрочко. – К.:ДЦССМ, 2002. – 217 с.
101. Antonesei L. Paideia. Fundamenteleculturalealeeducatiei. Antonesei. Iasj: Polirom, 2006. 124 p.
102. Bal A. P. Theeffectofthedifferentiatedteachingapproachinthealgebraiclearningfieldonstudents’ academicachievements. EurasianJournalofEducationalResearch. 2016. Vol. 63. P. 185–204.

Додаток**А**

Анкета

ДОБРИЙ ДЕНЬ!

ШАНОВНИЙ УЧАСНИК ДОСЛІДЖЕННЯ!

Студентка спеціальності «Соціальна робота» Полтавського інституту економіки і права ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» проводить соціологічне опитування серед батьків, діти яких відвідують дошкільний заклад освіти компенсаторного типу, а саме «інклюзивну» групу, щодо особливостей здійснення соціально-педагогічної реабілітації дітей з інвалідністю засобами ігрової терапії в умовах дошкільного закладу освіти, вихователями закладу. Ваші відповіді нададуть нам необхідну допомогу в науковому аналізі цієї проблеми.

Щоб заповнити анкету, достатньо підкреслити той варіант або варіанти відповіді, які, на Вашу думку, є правильними

Анкета є анонімною, тобто Ви не повинні при заповненні вказувати своє прізвище, ім’я та контактні дані.

Ви також можете не відповідати на запитання, що здаються Вам некоректними або взагалі відмовитись від участі в опитуванні.

1. **Чи знаєте Ви, що таке «інклюзивна освіта»?**

а) так;

б) ні.

**2.Як Ви вважаєте, що ефективніше для дитини з особливими потребами?**

а) індивідуальне навчання;

б) інклюзивна освіта.

**3. Чи впливає, на Вашу думку, спільне проведення дозвілля дітей з нормою та дітей з інвалідністю на покращення морального виховання особистості?**

а) так;

б) ні.

**4. Чи готові Ви психологічно подолати особистісні бар’єри в спілкуванні з дітьми з особливими освітніми потребами?**

а) так;

б) ні.

**5. Чи обізнані ви з інформацією про інклюзивну освіту дітей дошкільного віку взагалі?**

а) так;

б) ні.

6. **Ви батьки дитини з інвалідністю?**

а) так;

б) ні.

**7. Чи з самого початку потрапляння до дошкільного навчального закладу вам була запропонована «інклюзивна» група для дитини?**

а) так

б) ні

**8. На вашу думку, чи відразу ваша дитина змогла адаптуватися у дитячому колективі?**

а) так

б) ні

в) важко відповісти

г) однозначно відчувала труднощі адаптації

**9. Чи керівництво закладу заохочує інших дітей до виховання в них та розвитку інклюзивної культури?**

а) так

б) ні

в) важко відповісти

г) не повною мірою

**10. Чи використовують вихователі техніки ігрової терапії як елемент виховної діяльності та соціальної реабілітації дітей з нормою та дітей з інвалідністю?**

а) так

б) ні

**11. Які техніки чи технології ігрової терапії на ваш погляд є більш ефективними та сприяють успішній соціально-педагогічній реабілітації?**

а) лялькотерапія

б) пісочна терапія

в) сюжетно-рольова гра

г) арт-терапія

**12. Як ви вважаєте чи є оточуюче соціальне середовище безпечним для вашої дитини?**

а) так, цілком безпечне, моя дитина почувається повноцінно в групі однолітків;

б) безпечне посередньо, бо не всі діти однаково позитивно ставляться до дитини з інвалідністю;

в) ні, середовище не є безпечним, через негативне ставлення дітей, до дитини з інвалідністю

1. **Чи відповідають віковим особливостям дітей меблі та обладнання, що використовуються вихователями для соціальної реабілітації дітей з інвалідністю?**

а) так, меблі відповідають…..

б) ні

в) важко відповісти

1. **Чи заохочують іграшки, інші навчальні матеріали до розвитку в дітей ініціативи, самостійності, творчості, дослідницької діяльності?**

а) так

б) ні

в) важко відповісти

1. **Чи використовуються техніки ігрової терапії для того, щоб сприяти спілкуванню, розвитку грамотності, математичної, природничої компетентності та соціально-педагогічній реабілітації дітей?**

а) так

б) ні

1. **Чи регулярно вихователі Вас інформують про щоденні види ігрової діяльності, як елементу виховної роботи та соціально-педагогічної реабілітації?**

а) так

б) ні

1. **Чи долучають вас до процесу прийняття рішень щодо розвитку і навчання своєї дитини, її додаткових потреб?**

а) так

б) ні

в) не завжди

1. **Чи беруть діти з особливими освітніми потребами рівноцінну участь у житті групи дошкільників?**

а) так

б) ні

в) важко відповісти

1. **Чи потрібні, на вашу думку, заходи для вашої дитини у дошкільному навчальному закладі, які запобігали б упередженому ставленню до дітей з особливостями розвитку/ інвалідністю?**

а) так

б) ні

1. **Чи адаптована ваша дитина наразі до інклюзивної групи не залежно від особливості освітніх потреб**

а) так

б) ні