

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.П.ДРАГОМАНОВА**

ГЛОБА Олександр Петрович

УДК 376-056.34:316.61

**ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ
З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ
В УМОВАХ РЕГІОНАЛЬНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
доктора педагогічних наук

Київ – 2013

З М І С Т

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	19
1.1. Проблема соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в теорії та практиці корекційної педагогіки та спеціальної психології.....	19
1.2. Організаційно-правове забезпечення процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.....	48
1.3. Сучасний стан дітей і молоді з порушеннями ОРА як об'єкта та суб'єкта соціалізації.....	75
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	102
РОЗДІЛ 2. СТАН І СПЕЦИФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ І МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	106
2.1. Алгоритм і зміст комплексного дослідження специфічних особливостей психофізичного розвитку та соціалізації осіб з з порушеннями ОРА.....	106
2.2. Сутність, складові, загальні та специфічні закономірності формування регіонального корекційно-реабілітаційного середовища	146
2.3. Науково-теоретичні та організаційно-педагогічні аспекти абілітації, комплексної реабілітації та соціалізації дітей з порушеннями ОРА в умовах регіонального корекційно-реабілітаційного середовища.....	164
2.4. Науково-теоретичні та організаційно-педагогічні аспекти комплексної реабілітації та соціалізації молоді з порушеннями ОРА в умовах регіонального корекційно-реабілітаційного середовища.....	193
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ	219
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ РЕГІОНАЛЬНОГО КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА.....	221

3.1. Розробка та впровадження програми комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА в діяльність суб'єктів регіонального корекційно-реабілітаційного середовища.....	221
3.2. Педагогічні технології та механізм реалізації програми комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА в умовах регіонального корекційно-реабілітаційного середовища.....	241
3.3. Наукові та організаційні засади управління регіональною системою комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями ОРА.....	258
3.4. Регіональна модель підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів корекційно-реабілітаційної сфери.....	290
3.5. Соціалізація осіб з порушеннями ОРА засобами корекційної фізичної культури і спорту.....	311
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ	336
РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	345
4.1. Дослідження ефективності реалізації регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА.....	345
4.2. Стратегія прогнозу ефективного функціонування регіональної системи соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА на найближчі роки та перспективу.....	378
ВИСНОВКИ	399
ДОДАТКИ	406
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	407

ВСТУП

Актуальність дослідження. Своєрідність сучасного етапу розвитку української держави, демократичні перетворення, які відбуваються, супроводжуються трансформацією суспільного життя, суттєвими змінами в соціальній сфері. Прийняті в Україні документи та діяльність щодо їх практичної реалізації значно розширюють можливості диференціації та індивідуалізації освіти, комплексної реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

Важливість цього питання в наш час зумовлюється посиленням тенденції до зростання кількості осіб, які мають різні порушення психофізичного стану здоров'я. Звернення широкої громадськості (вчених, педагогів, громадських діячів та ін.) до цієї проблеми пов'язано з тим, що особи з обмеженими психофізичними можливостями в умовах українського демократичного суспільства не повинні залишатися на узбіччі соціально-культурних процесів, економічного життя, системи людських взаємин. Вони мають такі ж самі права і свободи, як і інші члени суспільства, і тому повинні оволодіти необхідним життєвим досвідом, сприймати, оцінювати, творчо використовувати матеріальні й духовні надбання українського народу.

Звідси виникає потреба впровадження на практиці ефективних форм реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями за рахунок використання зростаючого соціально-економічного та педагогічного потенціалу Української держави. Ці форми повинні задовольняти потреби значної частини осіб, які мають певні вади психофізичного розвитку.

Інвалідність – це соціальний феномен, уникнути якого неспроможне жодне суспільство. За даними Організації Об'єднаних Націй, у світі нараховується приблизно 450 мільйонів осіб із порушеннями фізичного та психічного розвитку, що становить (за даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) 13% загальної кількості населення нашої планети, причому наявна тенденція до зростання цієї цифри [210].

Станом на 1 січня 2011 року загальна кількість осіб з інвалідністю в Україні становила 2639001 особа, в т.ч.: інвалідів I групи - 311747 осіб; інвалідів II групи - 1070820 осіб; інвалідів III групи - 1091070 осіб; дітей-інвалідів - 165364 осіб. Кількість інвалідів - 53 на 1000 населення. Серед інвалідизуючих захворювань перше місце посідають хвороби систем кровообігу та дихання (23, 8%), друге - онкологічні захворювання (16,1%), третє - розлади психіки та нервової системи (15,7%). Чисельність працюючих інвалідів станом на 01.10.10 становила 602745 осіб (працює майже кожний другий інвалід працездатного віку або майже кожний четвертий інвалід від їх загальної кількості) [305].

В умовах розбудови українського демократичного суспільства знаходить широку громадську підтримку думка про те, що вирішення проблеми реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями розвитку – це турбота не тільки медиків, педагогів, а й усієї громадськості. Особи з обмеженими психофізичними можливостями розвитку не повинні бути ізольовані від суспільства, а, навпаки, жити, навчатися й виховуватися в сім'ї, у навчальних закладах відкритого типу, активно спілкуватися зі своїми однолітками, членами родини, одержувати всіляку допомогу та підтримку від громадськості, підприємств, закладів, організацій тощо.

Аналіз світового досвіду розв'язання проблем соціального захисту населення свідчить про те, що доля державного втручання щодо їх вирішення складає 30-35%. Головна частина цих проблем вирішується за рахунок недержавних, громадських організацій, за допомогою благодійних та комерційних структур та самих людей, що потребують допомоги та членів їх сімей.

Закон України від 19.06.03р. №966-1У «Про соціальні послуги» визначив основні організаційні й правові основи надання соціальних послуг особам, що знаходяться у складних життєвих обставинах й потребують сторонньої допомоги. Соціальні послуги повинні будуватись на принципах адресності, індивідуалізації, доступності, відкритості, максимальної ефективності використання бюджетних і не бюджетних коштів, гуманності, законності, конфіденційності, додержання стандартів якості, відповідальності за виконання етичних і правових норм.

В Україні розгорнута велика і цілеспрямована програма дій по створенню мережі центрів і відділень ранньої соціальної реабілітації для дітей – інвалідів, міжрегіональних центрів професійної реабілітації для осіб з психофізичними вадами розвитку. Однак діючими нині засобами не вдавалося уникнути порушення одного з найважливіших принципів реабілітації – принципу безперервності реабілітаційного процесу, його виходу за рамки медичних, санаторних і навчальних установ. Повною мірою ще не використовується досвід, накопичений у різних регіонах країни, щодо створення регіонального реабілітаційного середовища, де майже всі люди з обмеженими психофізичними можливостями мали б змогу отримати необхідний для них соціальний статус, своєчасну професійну та громадську допомогу, реалізувати свій природний потенціал.

Стан дослідження проблеми. Проблема соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями є відносно новою для нашої країни, але її розробка ведеться не на порожньому місці. У монографіях, дисертаціях та інших наукових працях значною мірою висвітлено: теоретичні концепції, класифікації, відокремлені основні групи дітей, які потребують створення особливих умов у процесі корекційного навчання і соціальної адаптації (І. Бех, Віт. Бондар, Т. Власова, І. Дмитрієва, В. Засенко, В. Лубовський, М. Малофєєв, Є. Мастюкова, В. Синьов, Є. Соботович, Л. Фомічова, О. Хохліна, А. Шевцов, М. Шеремет, М. Ярмаченко); зміст та особливості навчання, підготовка до життя дітей з обмеженими можливостями (І. Дмитрієва, В. Золотоверх, С. Конопляста, В. Липа, С. Миронова, Л. Одинченко, В. Тарасун, Д. Шульженко); організація корекційно-реабілітаційної та соціальної роботи з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями здоров'я (О. Глоба, В. Григоренко, І. Іванова, О. Молчан, В. Тесленко, А. Шевцов, Л. Шипіцина,); проблема педагогічної підтримки як компонента гуманістичної теорії виховання у межах междисциплінарного підходу (М. Алешина, А. Асмолов, А. Волкова, О. Газман, В. Грицюк, А. Мудрик, С. Подмазін, Л. Сергієнко, Є. Ямбург); технології соціально-педагогічної роботи з різними категоріями клієнтів (О. Безпалько, І. Зверева, А. Капська, В. Ляшенко, Г. Лактіонова, Л. Міщик, С. Савченко, С. Харченко).

Традиційно в дефектології [27,47,55,141,146,182,236,327] вирізняють дітей з такими порушеннями психофізичного розвитку: з глибокими порушеннями слуху; з глибокими порушеннями зору; розумово відсталих дітей; діти з затримкою психічного розвитку; з важкими мовленнєвими порушеннями; з порушеннями опорно-рухового апарату; зі складним комплексним дефектом; діти з порушеннями емоційно-вольової сфери (зокрема при аутизмі та аутистичних рисах особистості); діти з вираженою девіантною (від лат. *deviatio* — відхилення, в даному випадку - відхилення від соціальної норми) поведінкою.

Від захворювань ОРА страждають у середньому 20% населення, а після 55 років - 80%. Уроджені й придбані захворювання й ушкодження опорно-рухового апарату спостерігаються в 5–7% дітей [143]. Особи з порушеннями опорно-рухового апарату частково або повністю обмежені в довільних рухах. Поняття порушення функцій опорно-рухового апарату (ОРА) носить збірний характер і містить у собі рухові розлади, що мають органічне центральне або периферичне походження. Причини цих розладів можуть бути генетичними, а також вони можуть виникати внаслідок органічного ушкодження головного мозку й травм опорно-рухового апарату. Залежно від характеру захворювання й ступеня виразності дефекту таких осіб вони представлені такими категоріями: особи з церебральним паралічем (ДЦП); з наслідками поліомієліту у відновленій або резидуальній стадії; з міопатією; з уродженими й придбаними недорозвиненнями й деформаціями опорно-рухового апарату.

Клініко-психолого-педагогічні особливості осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату розкриті в роботах С. Віцько, О. Глоби, В. Григоренка, М. Єфименка, М. Іпполітової, Е. Каліжнюк, Г. Кузнецової, Ю. Любезнова, І. Мамайчук, Б. Сермеєва, Н. Симонової, І. Шевченко, А. Шевцова та ін.

За ступенем тяжкості порушень рухових функцій і за сформованістю рухових навичок особи з вадами ОРА розділяються на три групи. До першої групи входять особи з важкими порушеннями, у яких не сформовані функції ходьби, захвату та утримання предметів, навички самообслуговування. Другу групу утворюють особи, які мають середній ступінь рухових порушень. Велика частина цих осіб може

самостійно пересуватися, хоча й на обмежену відстань. Вони володіють навичками самообслуговування, які недостатньо автоматизовані. До третьої групи належать особи з легкими руховими порушеннями: вони пересуваються самостійно, володіють навичками самообслуговування, проте виконання деяких рухів викликає значні труднощі.

У осіб з порушеннями опорно-рухового апарату можуть відзначатися недоліки й інтелектуального розвитку. 40–50 % дітей з порушеннями ОРА мають затримку психічного розвитку, близько 10% дітей — розумову відсталість різного ступеню. У більшості випадків ці недоліки мають складну природу й обумовлені як безпосередньо ураженням головного мозку, так і є наслідком депривації, що виникає в результаті обмеження рухової активності й соціальних контактів. Найчисленнішу групу серед осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (89 %) становлять особи з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП) [142].

Загальні особливості осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату обумовлені тим, що провідним є руховий дефект (недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій). Частина осіб з такою патологією не мають порушень у розвитку пізнавальної діяльності та не потребують спеціально організованого навчання і виховання. Але практично усі такі особи потребують особливих умов для життя, навчання й наступної трудової діяльності. У їхній соціальній адаптації є два напрямки. Перший має на меті пристосувати до особи з ОРА навколишнє середовище за допомогою спеціальних технічних засобів пересування й предметів побуту. Другий спосіб адаптації такої особи - пристосувати її до звичайних умов соціального середовища.

Таким чином, особи з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як об'єкти соціалізації, потребують серйозного корекційно-реабілітаційного втручання: надання медичної, психологічної, педагогічної, логопедичної й соціальної допомоги, забезпечення максимально повної й ранньої соціальної адаптації, загального й професійного навчання. Дуже важливий розвиток позитивного ставлення до життя, суспільства, родини, навчання й праці. Важлива умова — комплексність впливу — погодженість дій фахівців різного профілю: невропатолога, психоневролога, лікаря

ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, соціального педагога. Необхідна їх спільна позиція при обстеженні, лікуванні, психолого-педагогічній, логопедичній і соціально-педагогічній корекції як в умовах перебування цих осіб у лікувально-санаторних, навчально-виховних, реабілітаційних закладах, так і за їх межами.

Роботи зазначених вище науковців доводять, що всі вони містять багатий теоретичний та емпіричний матеріал, який складає фундамент джерельної бази нашого дослідження. Разом з тим, різновид підходів до проблеми комплексної абілітації та реабілітації дітей і молоді з порушеннями ОРА, їх соціальної адаптації та інтеграції у сучасне суспільство свідчить про те, що, з одного боку, цей феномен має широке практичне використання, з іншого – про недостатнє його наукове осмислення як базового компонента системи особистісного розвитку, що сутнісно визначає гуманістичне ставлення до осіб з обмеженими психофізичними можливостями. Об'єктивні передумови дослідження спираються на протиріччя між:

- потребою особи з вадами ОРА в духовному становленні та недостатнім орієнтуванням освітніх структур на розвиток особистості такої категорії осіб;

- існуючою структурою навчально-виховних та реабілітаційних закладів для дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями та збільшенням кількості осіб такої категорії;

- необхідністю надання комплексної, системної соціально-психолого-медико-педагогічної допомоги особам з порушеннями ОРА та неготовністю суспільних і загальноосвітніх інститутів до її здійснення.

Розв'язання цих протиріч лежить у площині гуманістичних теорій виховання й особистісно орієнтованої освіти. Проте залишається не розробленою проблема соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах спеціально створеного регіонального реабілітаційного середовища, відсутні вітчизняні методичні розробки, які б надавали необхідну допомогу особам з вадами ОРА та їх сім'ям, громадськості регіону та педагогічним працівникам.

Актуальність і недостатня розробленість проблеми в загальній, соціальній і корекційній педагогіці обумовили вибір теми дисертаційного дослідження «Теорія і

практика соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах регіонального реабілітаційного середовища».

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертаційного дослідження входить до плану науково-дослідної роботи кафедри дефектології та психологічної корекції Луганського національного університету імені Тараса Шевченка за темою «Діагностика та корекція психофізичного стану дітей і дорослих» (реєстраційний номер 0103V003610), а також до плану спільного з НАПН України науково-дослідного центру проблем соціальної педагогіки та соціальної роботи при Луганському національному університеті імені Тараса Шевченка як складова частина комплексної наукової теми «Теоретико-методичні основи змісту й технології соціальної роботи» (державний реєстраційний номер 0101U001373). Концепція дослідження стала складником науково-дослідних робіт Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (науковий напрям «Навчання, виховання, соціальна і трудова адаптація дітей з порушеннями психофізичного розвитку»).

Тему затверджено вченою радою Луганського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол № 6 від 28.12.2007р.), узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 2 від 26.02.2008 р.).

Мета дослідження полягає у виявленні особливостей психофізичного розвитку та соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату, в розробці теоретичних засад, науково-методичному обґрунтуванні ефективного використання новітніх технологій оптимізації процесу комплексної психолого-медико-педагогічної реабілітації та соціалізації осіб з вадами ОРА в умовах регіонального реабілітаційного середовища.

Відповідно до мети було визначено такі **завдання дослідження**:

1. Провести системний аналіз та визначити сучасний стан розробки проблеми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в теорії та практиці корекційної педагогіки та спеціальної психології.

2. Встановити специфічні особливості психофізичного розвитку та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА.

3. Визначити сутність і складові регіонального корекційно-реабілітаційного середовища.

4. Розробити, теоретично обґрунтувати регіональну систему комплексної психолого-медико-педагогічної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату та експериментально перевірити ефективність її реалізації.

5. Змістовно розробити регіональну комплексну програму соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату та впровадити її у практичну діяльність суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища.

6. Експериментально перевірити ефективність авторської програми соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату, визначити стратегію прогнозу, профілактики, комплексної корекції вад їхнього психофізичного розвитку, інтеграції та соціалізації на найближчі роки і перспективу.

Об'єкт дослідження: процес соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження: теоретичні основи та практична реалізація системи соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах регіонального реабілітаційного середовища.

Методи дослідження.

Відповідно до поставлених завдань використовувався комплекс наукових методів:

- теоретичні: логічно-індуктивний, який дозволив побудувати узагальнення на підставі аналізу окремих науково-практичних фактів; логічно-дедуктивний метод надав можливості конкретизувати узагальнені положення; гіпотетичний, що застосовувався для висунування окремих гіпотез з метою пояснення певних явищ; порівняльний метод використовувався для з'ясування специфіки психофізичного розвитку та особистісних якостей людей з порушеннями опорно-рухового апарату; історичний, що дозволив виявити тенденції розвитку системи знань про особливості

розвитку і соціалізації осіб з порушеннями ОРА; системно-прогностичні методи – для здійснення експертної оцінки, проектування, прогнозування розвитку системи соціалізації осіб з вадами ОРА;

- емпіричні: аналіз та узагальнення практичного досвіду корекційно-реабілітаційних, освітніх та соціальних установ, документальний аналіз статистичних, офіційних та нормативно-правових документів щодо особливостей психофізичного розвитку та соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату; анкетування, бесіди, моделювання, педагогічний експеримент з метою визначення рівнів соціалізованості осіб з порушеннями ОРА та перевірки ефективності впровадження системи їх соціалізації у навчальний, корекційно-реабілітаційний процес суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища.

Філософську та методологічну основу дослідження становлять філософські положення про цілісність світу, загальні закони розвитку природи, суспільства, людської свідомості та діяльності, концепції сутності, змісту та структури методологічного знання, закони діалектики, логіко-історичний та соціокультурний підходи, постнеокласична парадигма пізнання (В. Андрущенко, П. Анохін, В. Кремень, В. Лутай, В. Луговий, В. Огнев'юк та ін.); концепції системного аналізу складних систем і системний підхід до моделювання об'єктів і явищ, методологічні принципи психолого-педагогічного дослідження; системний, аксіологічний, особистісно орієнтований, середовищний, екзистенціальний підходи як методологічне підґрунтя вивчення педагогічних явищ; ідеї діалектичного розвитку особистості в результаті включення в різноманітні види діяльності; положення про єдність педагогічної теорії й практики, необхідність використання єдиних понятійно-термінологічних, логічних, змістовних і критеріальних підстав, на яких будується дослідницька робота тощо.

Теоретичну основу дослідження становлять культурно-історична концепція розвитку особистості та концепція взаємодії біологічних і соціальних чинників психофізичного розвитку особистості (Л. Виготський, Г. Костюк, С. Максименко, В. Синьов та ін.); концепції особистісно орієнтованої освіти, що базуються на ідеях пріоритетності особистісно орієнтованого розвитку,

суб'єктивного досвіду дитини, педагогічної підтримки її індивідуальності (Вол. Бондар, І. Бех, І. Зверєва, І. Зязюн, А. Маслоу, Л. Міщик, К. Роджерс, О. Савченко, М. Ярмаченко та ін.); наукові положення про регіональний вимір освітніх, навчально-виховних, корекційно-реабілітаційних процесів (О. Глоба, В. Курило, С. Савченко, В. Тесленко, А. Шевцов та ін.); про можливості корекційно-реабілітаційної роботи, провідну роль спеціального навчання і виховання осіб з порушеннями психофізичного розвитку у процесі їх соціалізації (Віт. Бондар, Т. Вісковатова, Л. Виготський, Т. Власова, І. Дмитрієва, Г. Дульнєв, І. Єременко, Л. Занков, В. Засенко, С. Конопляста, О. Літвак, В. Лубовський, М. Малофєєв, С. Миронова, Т. Сак, В. Синьов, Е. Стребелева, С. Федоренко, Л. Фомічова, О. Хохліна, А. Шевцов, М. Шеремет, Д. Шульженко, М. Ярмаченко та ін.); концепція соціально-психологічних особливостей соціалізації як процесу активного засвоєння індивідом соціальних норм, зразків поведінки (О. Агавелян, Е. Альбрехт, Н. Коломинський, В. Мерлін та ін.); сутність та значення інклюзивного навчання і виховання (Віт. Бондар, В. Гудоніс, Є. Калижнюк, А. Колупаєва); концепції соціальної норми та інвалідності (П. Бергер, М. Вебер, К. Девіс, Р. Дрейк, Е. Дюркгейм, Т. Лукман, Р. Мертон, Т. Парсонс); теоретичні та практичні положення соціальної роботи з особами з обмеженими психофізичними можливостями (О. Безпалько, І. Зверєва, А. Капська, Е. Неберушкіна, В. Тесленко, С. Харченко, О. Холостова, О. Ярська-Смирнова); наукові праці з проблем реабілітації дітей та молоді з порушеннями психофізичного розвитку засобами фізичної культури і спорту, застосування новітніх технологій у корекційно-реабілітаційному процесі (Н. Байкіна, Г. Бойко, Р. Буре, І. Волков, Ю. Вихляєв, О. Глоба, В. Григоренко, М. Єфименко, О. Дубогай, Т. Круцевич, І. Ляхова, Б. Сермеєв, Л. Сущенко, О. Тимошенко; Г. Чемерних, S. Kodish, P. Hodges-Kulinna, R. Pangrazi, P. Darst, J. Martin та ін.).

Важливу роль при розробці теорії соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату відіграли концептуальні положення, відображені в законодавстві України (Закон України «Про освіту», «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», «Про основи соціальної

захищеності інвалідів в Україні», Державна національна програма «Освіта» (Україна XXI століття), Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті), інформаційні й нормативні матеріали Міністерства освіти і науки України, Міністерства соціальної політики України тощо.

Наукова новизна й теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому, що *вперше*:

- сформоване цілісне систематизоване уявлення про особливості психофізичного розвитку та соціалізації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;

- розроблена, теоретично обґрунтована та експериментально перевірена регіональна система соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату;

- обґрунтована та презентована змістовна характеристика регіонального корекційно-реабілітаційного середовища як особливої форми організації корекційно-реабілітаційної діяльності, сутність якої полягає у своєчасному виявленні, визначенні та вирішенні проблем дітей і молоді з вадами ОРА з метою реалізації їх прав на повноцінний розвиток і основаної на індивідуально орієнтованій допомозі та співробітництві всіх суб'єктів корекційно-реабілітаційної роботи регіону;

- розроблена та обґрунтована комплексна програма соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату та визначені механізми її реалізації;

- виявлено наукові корекційно-реабілітаційні засади соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату засобами адаптивної фізичної культури і спорту;

- розроблено систему критеріїв оцінки ефективності комплексної програми соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату;

удосконалено:

- науково-педагогічне обґрунтування організаційних і методичних основ формування регіонального корекційно-реабілітаційного середовища для осіб з вадами опорно-рухового апарату та напрямків його ефективної діяльності;

- психолого-педагогічні засади застосування новітніх корекційних та освітніх технологій в системі соціального реабілітування осіб з порушеннями ОРА;

- науково-теоретичні засади управління регіональною системою соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату;

- положення про особистісно-професійний розвиток педагогів-реабілітологів і соціальних працівників, які включають у себе регулюючий, стабілізуючий і перетворюючий компоненти як інтегративні характеристики професіоналізму діяльності та професіоналізму особистості при їх взаємодії з особами, що мають порушення опорно-рухового апарату;

дістало подальшого розвитку:

- попередньо отримані дані про закономірності та особливості психофізичного розвитку дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату, що полягають у зниженні темпів їх розвитку, наявності вторинних порушень, які спричиняють недостатню сформованість пізнавальних, емоційних, рухових та мовленнєвих функцій;

- основи комплексної методики корекції порушень ОРА засобами фізичної культури і спорту;

- теорія і практика спортивної підготовки осіб з порушеннями ОРА.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що у процесі реалізації регіональної комплексної програми медико-психолого-педагогічної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА (2001-2011рр.) в Луганській області було отримано дані про найважливіші для сучасних умов негативні біосоціальні чинники, які впливають на розвиток осіб з вадами ОРА, розроблено нові підходи, технології та алгоритм діагностики психофізичного стану осіб цієї категорії, обласну, міські (районні) цільові програми та систему персоніфікованого обліку даного контингенту; організовано діяльність міжвідомчої регіональної координаційної ради з питань соціалізації осіб з вадами опорно-рухового апарату; програму цільової перепідготовки фахівців, які здійснюють корекційно-реабілітаційну діяльність.

Це дозволило, залучивши до корекційно-реабілітаційної діяльності мультидисциплінарну команду фахівців, широкі суспільні шари населення області, волонтерів, громадські організації інвалідів, батьків, що виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку, значно знизити рівень дитячої інвалідності і дитячої смертності в регіоні, зробити прозорими міжвідомчі бар'єри, наблизити умови життя осіб з обмеженими психофізичними можливостями регіону до міжнародних стандартів.

Основні положення та висновки дисертації можуть бути використані для організації практичної роботи щодо комплексної реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями на рівні області, міста, району, навчально-виховних закладів різного типу, родини, стати теоретичним підґрунтям подальшої розробки практичних рекомендації для всіх, хто безпосередньо працює з такими особами. Результати дослідження можуть бути застосовані при підготовці фахівців різного профілю, зокрема в системі післядипломної освіти. Матеріали дослідження будуть корисними при розробці змісту державної та регіональної політики, яка стосується дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями, інвалідів, подальшої модернізації корекційно-реабілітаційної роботи.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в практику роботи Луганського навчально-реабілітаційного центру № 135 Головного управління освіти і науки Луганської міської ради (довідка про впровадження № 3 від 14.03.2013 р.), комунальної установи Луганської обласної ради «Луганський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Відродження» (довідка про впровадження № 57 від 17.02.2013 р.) Луганського міжрегіонального центру професійної реабілітації інвалідів Міністерства соціальної політики України (довідка про впровадження № 119 від 07.03.2013 р.), Луганської обласної психолого-медико-педагогічної консультації Департаменту освіти і науки, молоді та спорту Луганської обласної державної адміністрації (довідка про впровадження № 213 від 11.03.2013 р.), комунального закладу «Луганський регіональний центр з фізичної культури та

спорту інвалідів «Інваспорт» Луганської обласної ради (довідка про впровадження № 25 від 25.01.2013 р.).

Результати дисертаційного дослідження включені в навчальні програми дисциплін кафедри дефектології та психологічної корекції «Соціальна адаптація дітей з психофізичними порушеннями розвитку», «Теорія і спец методика виховання дітей з особливостями інтелектуального розвитку», «Технологія соціальної роботи з інвалідами», які вивчаються студентами Інституту педагогіки та психології ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка (довідка про впровадження № 234 від 21.02.2013 р.).

Особистий внесок автора в працях, написаних у співавторстві, полягає в обґрунтуванні реабілітаційних аспектів фізкультурно-спортивної та змагальницької діяльності осіб з порушеннями опорно-рухового апарату [2]; у розробці педагогічних умов забезпечення усвідомленого опанування учнями техніко-технологічними знаннями [3]; в обґрунтуванні основних положень регіональної системи корекційно-реабілітаційної діяльності [4]; у розробці моделі та програми підготовки дошкільників з ПОРА до навчання в школі інтегрованого типу [5]; в обґрунтуванні методології корекційної роботи з дітьми в умовах їх навчання в загальноосвітній школі [6]; у розробці теоретичних основ реабілітології, реабілітаційного менеджменту [8]; у розробці основ моніторингу регіональної мережі корекційно-реабілітаційних закладів професійної реабілітації та освіти дорослих осіб з інвалідністю [10]; в обґрунтуванні профілактичного напрямку корекційного фізичного виховання [15]; у розробці корекційно-реабілітаційних основ адаптації студентів з інвалідністю до навчання у ВНЗ [17].

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні результати дослідження було представлено в доповідях та повідомленнях на наукових, науково-практичних та науково-методичних конференціях різного рівня – *Міжнародних*: «Динамізм соціальних процесів в постсоветском обществе» (Луганськ, 2000), «Ціннісні пріоритети освіти у ХХІ столітті» (Луганськ, 2003), «Покращення якості соціальних послуг дітям та сім'ям в громаді» (Київ, 2005), «Соціальна реабілітація та адаптація дітей з обмеженими можливостями розвитку»

(Донецьк, 2005), «Оптимізація процесу підготовки професійно компетентних фахівців» (Луганськ, 2005), «Актуальные проблемы современных наук: теория и практика» (Дніпропетровськ, 2006), «Теорія та практика підготовки соціальних педагогів та психологів у вищому навчальному закладі: досвід, проблеми та перспективи» (Запоріжжя, 2007), «Соціальна робота в Україні: вектор розвитку в третьому тисячолітті» (Київ, 2007), «Моніторинг якості професійної підготовки фахівців педагогічної освіти» (Луганськ, 2007), «Соціальна інтеграція людей з особливими потребами: питання навчання та працевлаштування» (Ялта, 2007), «Психолого-медико-педагогічний супровід соціалізації осіб з особливими освітніми проблемами в сучасних умовах розвитку суспільства» (Луганськ, 2011); «Корекційна освіта: історія, сучасність та перспективи розвитку» (Камянець-Подільський 2011, 2012); «Інноваційні процеси в освітньому просторі: доступність, ефективність, якість» (Луганськ, 2012); «Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі» (Київ, 2011, 2012); *Всеукраїнських*: «Василь Сухомлинський і сучасність (Екологія дитинства)» (Луганськ, 2000), «Медико-психологічні та соціальні проблеми дітей групи соціального ризику, шляхи подолання» (Луганськ, 2003), «Впровадження інтерактивних методів навчання в освітній процес вищої школи» (Луганськ, 2004), «Українська наука XXI століття» (Київ, 2006); «Актуальні проблеми корекційної педагогіки та психології» (Луганськ, 2008), «Захист прав і свобод людини і громадянина в Україні» (Бровари, 2011), «Актуальні проблеми корекційної педагогіки та психології» (Луганськ, 2011), *обласних* «Соціальна реабілітація дітей-інвалідів по зору та інтеграція їх у суспільство» (Слов'янськ, 2003), *міжвузівських* науково-практичних конференціях: «Порушення поведінки та методи їх корекції у розумово відсталих дітей та підлітків» (Луганськ, 2007).

Основні результати та висновки дослідження обговорювались та здобули позитивну оцінку на засіданнях кафедр дефектології та психологічної корекції, соціальної педагогіки ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», кафедри ортопедагогіки та реабілітології Інституту корекційної

педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова.

Кандидатська дисертація «Система корекційного фізического виховання інвалідів з частичним ураженням функцій спинного мозку в поперековій частині» захищена в Ордену «Знак пошани» науково-дослідному інституті дефектології Академії педагогічних наук СРСР у 1990р. Її матеріали в тексті докторської дисертації не використовувалися.

Публікації. Зміст і результати дослідження відображено в 38 публікаціях, у тому числі: у 1 монографії, у 2 методичних рекомендаціях, у 22 статтях у наукових фахових виданнях України, у 13 статтях і тезах в інших виданнях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, 4 розділів, висновків, списку використаних джерел на 37 сторінках (424 найменування, у т.ч. 14 іноземних). Загальний обсяг дисертації становить 444 сторінки. Основний зміст роботи викладено на 405 сторінках. У тексті міститься 30 таблиць, 11 рисунків, 3 додатки на 17 сторінках.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1.1. Проблема соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в теорії та практиці корекційної педагогіки та спеціальної психології

Інвалідність - це соціальний феномен, уникнути якого неспроможне жодне суспільство. За даними Організації Об'єднаних Націй, у світі нараховується приблизно 450 мільйонів осіб із порушеннями фізичного та психічного розвитку, що становить (за даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) 13% загальної кількості населення нашої планети, причому наявна тенденція до зростання цієї цифри [209].

Станом на 1 січня 2011 року загальна кількість осіб з інвалідністю в Україні становила 2639001 особа, в т.ч.: інвалідів I групи - 311747 осіб; інвалідів II групи - 1070820 осіб; інвалідів III групи - 1091070 осіб; дітей-інвалідів - 165364 осіб. Кількість інвалідів - 53 на 1000 населення. Серед інвалідизуючих захворювань перше місце посідають хвороби систем кровообігу та дихання (23, 8%), друге - онкологічні захворювання (16,1%), третє - розлади психіки та нервової системи (15,7%). Чисельність працюючих інвалідів станом на 01.10.10 становила 602745 осіб (працює майже кожний другий інвалід працездатного віку або майже кожний четвертий інвалід від їх загальної кількості) [305].

Інвалід - це особа із стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового або фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав [123, 238].

В останні роки у світі відбуваються докорінні зміни у підходах до розуміння інвалідності. Поступово модель інвалідності медичного характеру, в якій інвалідність людини розглядалася як її особиста справа, витісняється соціальною

моделлю, заснованою на правах, в якій бар'єри в суспільстві розглядаються як одне з головних джерел позбавлення людини - рівних можливостей.

У контексті зазначеного необхідно розглянути деякі особливості соціалізації, серед яких виділяємо такі: соціалізація як процес набуття людиною якостей, необхідних для життя і діяльності в суспільстві, залучення її до суспільних відносин, засвоєння елементів культури, соціальних ролей відбувається все життя, продовжуючись на всіх вікових етапах, для кожного з яких характерна специфічна «соціальна ситуація розвитку» [43];

- соціалізація є необхідною базальною умовою психічного, фізичного, в цілому особистісного розвитку людини, її становлення як людини серед людей;

- соціалізація відбувається у трьох основних сферах функціонування людини як особистості (діяльність, спілкування, самосвідомість), інтегровано реалізуючись у багатоаспектній соціальній поведінці людини; особливо підкреслимо необхідність адекватного оволодіння індивідом такими елементами людської культури, як соціальні (перш за все, моральні і правові) норми, що лише й дає підстави для оцінки поведінки людини як соціально нормативної; соціалізація, як зазначалося, включає як спонтанні, стихійні, неузгодженні впливи на особистість (засоби масової інформації, вільне спілкування, наслідування випадковим прикладам тощо), так і сукупність цілеспрямованих впливів через організовані форми (головним чином - різні педагогічні освітні і позаосвітні системи), тобто завдяки діяльності виховання.

У цьому розділі нашого дослідження ми зробили спробу щодо проведення теоретичного аналізу тлумачення поняття «соціалізація» вченими - представниками педагогічних, психологічних та філософських наук.

Дослідженням різних аспектів процесу соціалізації займалися такі вчені, як М. Варій, Г. Дворецька, Е. Дюркгейм, Ван Женнець, Л. Кольберг, І. Кон, А. Маслоу, В. Марков, Н. Мойсюк, В. Москаленко, В. Мухіна, Г. Олпорт, Б. Паригін, Ж. Піаже, А. Ребер, К. Роджерс, А. Сухов, Г. Тард, В. Ядов та ін.

Поняття «соціалізація» (від лат. *socialis* - суспільний) активно використовується в наукових роботах соціологів, психологів, політологів, педагогів, філософів та ін. [7, 20, 333, 348].

Сьогодні соціалізація особистості з філософсько-соціологічної все більше стає проблемою психолого-педагогічною, розв'язання якої є найважливішим чинником оптимального розвитку окремої особистості й суспільства в цілому.

Термін «соціалізація», незважаючи на його поширеність і більш як столітню історію існування, не має однозначного трактування серед різних представників педагогічних, психологічних та філософських наук. Пов'язану з ним галузь соціального знання почали розробляти Г. Тард і Ван Женнець. Г. Тард використовував цей термін для позначення процесу входження індивіда до нації, народу, суспільства шляхом універсального засобу наслідування. Проблеми соціалізації дискутувались А. Валлоном і Ж. Піаже. Передумови для першого концептуального підходу були створені Е. Дюркгеймом [274].

Поняттям «соціалізація» різні дослідники виділяють ті чи інші сторони цього процесу в залежності від аспекту і мети, яка ставиться в дослідженні [7, 20, 333, 348]. Зміст поняття «соціалізація» деякі автори бачать у тому, що це процес «входження індивіда в соціальне середовище, пристосування до нього, освоєння певних ролей і функцій». І.Кон вважав процесом соціалізації «засвоєння індивідом соціального досвіду, в ході якого утворюється конкретна особистість» [176].

У 1956р. термін було внесено до реєстру американської соціологічної асоціації. У кінці 60-х років проблема соціалізації стала міждисциплінарною і увага до неї посилилася з боку спеціалістів різних наук – філософів, соціологів, педагогів і психологів.

У вітчизняній психології також не існує єдиної думки з цієї проблеми. Так, серед механізмів соціалізації називають: наслідування (А. Мудрик), навіювання (С. Белічева), конформізм (А. Сухов) [249].

А. Ребер виділяє такі значення, в яких вживається термін «соціалізація»: соціалізація - процес, завдяки якому індивід набуває знань, цінностей, соціальних навичок і соціальної чуттєвості, які дозволяють йому інтегруватись у суспільство і поводитись там адаптовано. Соціалізація за А. Ребером - це життєвій досвід; процес взяття державою під свій контроль послуг, промисловості та інших інститутів суспільства на користь всіх її членів. Г. Андрєєва виокремлює три сфери, в яких

розгортається весь зміст процесу соціалізації особистості: діяльність, спілкування і самосвідомість [7].

Процес розвитку людини представники різних філософських течій пояснюють по-різному. Представники ідеалістичної філософії вважають, що розвиток людини є процесом стихійним, некерованим, спонтанним; розвиток відбувається незалежно від умов життя, він детермінований лише «вродженою потенцією»; розвиток людини фатально зумовлений її долею, в якій ніхто нічого змінити не може, - це лише невелика частина думок. Науково-матеріалістична філософія трактує розвиток як властивість живої матерії, що притаманна їй одвічно завдяки властивим матерії руху та саморуху. Результатом розвитку є становлення людини як біологічного виду і соціальної істоти.

Обставини, умови, які спонукають людину до активності, дії називають факторами соціалізації. У сучасній науці є різні класифікації факторів соціалізації. Найбільш логічною і продуктивною для педагогіки, на наш погляд, є класифікація, яку запропонував А. Мудрик. Основні фактори соціалізації він об'єднав у три групи: макрофактори, мезофактори, мікрофактори [249].

На думку І. Миновича, головними трансляторами соціальних і культурних цінностей були і залишаються батьки дитини [234]. Протягом усього життя людини діють такі фактори соціалізації, як етнос, ментальність; регіон, село.

На відміну від психології соціологія розглядає людину не як неповторну індивідуальність, а в сукупності її соціально-типових якостей. Можна погодитися з визначенням особистості, яке дає В. Ядов: «Особистість - це цілісність соціальних якостей людини, продукт суспільного розвитку та включення індивіда в систему соціальних зв'язків у ході активної діяльності та спілкування» [385].

Загальні соціальні умови існування активно впливають на якості особистості як об'єкта соціальних взаємозв'язків та їх діяльності суб'єкта. На думку А. Бовтрука, важливим компонентом впливу на особистість виступають економічні відносини [38].

Г. Дворецька виділяє ще один компонент загальних умов існування особистості — рівень розвитку громадянського суспільства, соціально-політичний устрій, стан інших соціальних інститутів (наприклад, освіта) [96].

Значний внесок у розробку теорії соціалізації зробив Т. Парсонс. Він розуміє соціалізацію як процес інтеграції індивіда у соціальну систему шляхом «вбирання» у себе загальних цінностей, у результаті чого слідування загальнозначущим нормам поведінки стає потребою індивіда, елементом його мотиваційної структури [299].

У своїх наукових працях І. Кон розглядає соціалізацію як процес засвоєння індивідом соціального досвіду, певної системи соціальних ролей і культури [176].

Разом з моделлю «особистого контролю» З. Фрейда та моделлю «рольового тренінгу» Т. Парсонса досить поширена в соціології модель «соціального навчання», що пропагандується більшістю представників біхевіоризму (Дж. Доллард, Б. Скіннер, Р. Уолтерс та ін.) [317].

Важливу роль для організації виховного процесу становить положення Дж. Міда щодо трьох стадій соціалізації. На першій стадії - імітації - діти копіюють поведінку дорослих, не завжди розуміючи її. На другій - рольових ігор - діти, виконуючи в іграх дорослі ролі, «примірюючи» їх до себе, вчаться надавати своїм думкам і діям такого самого значення, що й дорослі. На третій, завершальній стадії колективних ігор дитина до розуміння очікувань окремих людей додає групі очікування [149].

Е. Еріксон вважав, що розвиток кожної людини проходить декілька етапів, багато з яких відповідає стадіям розвитку за З. Фрейдом. Проте, на відміну від З. Фрейда, його модель розвитку є психосоціальною, а не психосексуальною [386]. Він виділяє наступні фази людського життя: довіра або недовір'я; автономія або сором та сумніви; ініціатива або відчуття провини; працьовитість або почуття неповноцінності; ідентичність або змішання ролей; близькість або ізоляція; генеративність або стагнація; цілісність або відчай.

Сучасні психологи та педагоги дотримуються думки про те, що процес соціалізації триває все життя, і розрізняють кілька його стадій: до трудову, трудову та після трудову.

Рівень вивченості проблеми соціалізації у сучасній українській корекційній педагогіці навряд чи можна визнати таким, що задовольняє сучасні суспільні потреби. Найменшою мірою вивчені роль і можливості системи виховання щодо забезпечення успішної соціалізації. Не визначені рушійні сили, механізми соціалізації індивіда.

Перспективним напрямком подальшого наукового дослідження є визначення, теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка корекційно-реабілітаційних та соціально-педагогічних умов керованої соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, та ін.

Вважаємо за доцільне провести також стислий аналіз таких опорних понять, як: «реабілітація» та «соціальна реабілітація інвалідів», які широко використовуються в науковій літературі та безпосередньо пов'язані з темою нашого дослідження.

Як науковий термін слово «реабілітація» вже давно увійшло в широкий вжиток. Його використовують у психології, соціальній педагогіці, юриспруденції, політології, спорті, медицині. У соціальній педагогіці, яка досліджує та вирішує проблеми соціалізації особистості, більша частина понять, у тому числі й «реабілітація», в теорії соціальної роботи використовується з прикметником «соціальний» (від лат.- *socialis* – суспільний) – «соціальна реабілітація» [372]. У психології, медицині зустрічаємо дефініції «психологічна реабілітація» та «соціально-психологічна реабілітація». Крім того, у соціальній педагогіці та педагогіці останнім часом активно використовуються й такі визначення як: «реабілітаційна педагогіка», «самореабілітація», «соціально-педагогічна реабілітація».

У різних джерелах можна зустріти також такі дефініції, як: комплексна реабілітація, творча реабілітація, фізична реабілітація, медична реабілітація, духовна реабілітація, елементарна реабілітація, технічна реабілітація, культурна реабілітація, побутова реабілітація, спортивна реабілітація, професійна реабілітація, загальна реабілітація. До того ж, спостерігається явне різночитання тих самих понять у різних авторів [349].

Медична енциклопедія дає визначення реабілітації як «відновлення порушених функцій організму та працездатності інвалідів, що спрямоване на найбільш ефективно та якомога раннє повернення хворої людини до суспільно корисної праці» [333]. Далі це ж саме джерело містить ще три досить суперечливі в змістовному плані дефініції: «Медична реабілітація – повне чи часткове відновлення або компенсація втрачених функцій організму» (ця дефініція почасти повторює наведену вище дефініцію реабілітація); «Професійна (виробнича) реабілітація – комплекс організаційно-технічних і педагогічних заходів для відновлення або опанування трудових навичок» (це фактично і означає «відновлення працездатності», на яке вказується у першій дефініції); «соціальна реабілітація – комплекс педагогічних заходів по відновленню втрачених навичок самообслуговування в побуті та суспільстві..., житлово-побутове забезпечення» (таке поверхове розуміння завдань соціальної реабілітації інвалідів вкрай обмежує потенційні соціальні потреби та можливості людини-інваліда, ігнорує важливість особистісного розвитку).

У «Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів», що були затверджені 20 грудня 1993 р. 48 сесією Генеральної Асамблеї ООН, реабілітація визначається як «процес, що має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня діяльності та максимально його підтримувати, надавши їм, таким чином, можливість змінити своє власне життя та розширити рамки незалежності» [338]. В документі зазначається, що забезпечення для інвалідів рівних можливостей брати участь в житті суспільства є головним принципом реабілітаційного процесу, а соціальна інтеграція – його метою.

Л. Коваль, І. Зверева, С. Хлєбїк, розкриваючи зміст програми соціальної реабілітації дітей-інвалідів і молодих інвалідів, що розроблена Українським державним центром соціальних служб для молоді, підкреслюють, що: «...важлива частина роботи по соціальній реабілітації інвалідів перебуває за межами спеціальних програм, таких як медична реабілітація (відновна терапія і реконструктивна хірургія з поступовим протезуванням), професійна реабілітація

(професійне навчання або перекваліфікація, раціональне працевлаштування); соціально-побутова реабілітація (соціально-побутове влаштування та обслуговування)...» [166].

Слід зазначити, що це визначення майже повністю повторюється у дослідженнях І. Іванової, яка розкриває сутність дещо іншого поняття - «соціально-психологічна реабілітація» [136]. Це, фактично, може означати визнання тотожності в змістовому відношенні двох понять – «соціальна реабілітація» та «соціально-психологічна реабілітація».

Є. Синьова, торкаючись питань реабілітації незрячих, визначає поняття «психологічна реабілітація» як психокорекція, формування «психологічної готовності до життя в умовах сліпоты» [329]. Це, за словами автора, є одним з напрямів реабілітації поряд з елементарною реабілітацією (поновлення і формування елементарних навичок самообслуговування, орієнтування в малому і великому просторі, організація спілкування в колективі, фізичний розвиток, оволодіння системою письма і читання за Брайлем, використання залишкового зору); професійною реабілітацією (професійна підготовка та працевлаштування); технічною реабілітацією (створення тифлотехнічних засобів та забезпечення ними сліпих); культурною реабілітацією (розвиток захоплень, естетичної творчості, підвищення загального культурного рівня).

На думку Є. Синьової, соціальна адаптація та інтеграція незрячих в суспільстві є кінцевою метою реабілітації, а головними принципами - диференційований підхід, комплексність та поетапність у провадженні реабілітаційних програм.

Є. Агеев, по-перше, визначає поняття «соціальна реабілітація» та «реабілітація» як тотожні, по-друге, як і попередній автор, поєднує взаємовиключні характеристики, що призводить до неадекватного висновку про те, що система реабілітації є процесом [3,4].

Далі Є. Агеев підкреслює, що процес реабілітації має педагогічну сутність і для нього характерне «...співвідношення загально-педагогічних закономірностей і соціальних компонентів, з одного боку, і соціальних особливостей - з іншого...».

Що стосується «соціально-трудової реабілітації», то, наприклад, І. Язвіна вважає, що її завданням є раціональне працевлаштування інвалідів і вона є складовою частиною соціальної реабілітації [412].

Даючи визначення сутності соціальної реабілітації, згідно положення ІХ резолюції Наради міністрів охорони здоров'я та соціального забезпечення, «реабілітація - це система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, на ефективне і раннє повернення хворих та інвалідів у суспільство та до суспільно корисної праці».

Означені вище заходи автори умовно поділяють на два види: медичні (проведення відновлювальної терапії) та соціальні (раціональне працевлаштування, організація відповідного способу життя та побутових умов, регулювання міжособистісних стосунків тощо).

Згідно з концепцією І. Язвіної, соціальна реабілітація – це процес, спрямований на найбільш повну та швидку адаптацію до праці і соціально-побутових умов [413]. Розробляючи методику соціальної реабілітації, автор визначає її як психічний процес адаптації, який відбувається на трьох рівнях: адаптація до навколишнього предметного світу; адаптація до соціально-психологічного оточення; адаптація людини до самої себе.

Досить обґрунтованою і логічною виявилася позиція В. Кантора, який соціальну реабілітацію інвалідів визначає як процес підвищення ступеня «соціальної цінності інвалідів, кінцевою метою якого є інтеграція в суспільстві» [155]. Згідно з цією концепцією, здійснення процесу соціальної реабілітації має відбуватися на основі «реабілітаційного виховання», яке передбачає включення інвалідів у різні сфери суспільної діяльності і спрямоване на відновлення та зміцнення здоров'я, підвищення особистісного і соціального статусу.

Посилаючись на визначення терміну «реабілітація» Всесвітньою організацією охорони здоров'я як «комбінованого і скоординованого застосування медичних, соціальних, освітніх, і професійних заходів для підготовки чи перепідготовки непрацездатної особи для діяльності на максимально високому рівні», дослідники

вважають, що однією з важливих ланок реабілітаційного процесу та найбільш дієвим засобом реабілітації інвалідів є реабілітація за допомогою фізкультури і спорту, тобто «фізична реабілітація», яка має на меті підвищення адаптації інваліда до умов життя, відновлення або компенсацію втрачених функцій організму, підвищення функціональних можливостей та оздоровлення всього організму, повернення почуття соціальної повноцінності. Автори підкреслюють, що оздоровче тренування та фізична терапія, фізкультурно-рекреаційні заняття та проведення масових фізкультурно-спортивних змагань і спортивних ігор з інвалідами різних нозологій не тільки сприяють виробленню координації в діяльності різних систем організму, але й позитивно впливають на психіку хворої людини, мобілізують її волю [87].

У словнику-довіднику з соціальної роботи під редакцією професора Є. Холостової, «соціальна реабілітація» визначається як «комплекс заходів, що спрямовуються на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму» [386]. Це ж джерело тлумачить мету соціальної реабілітації як відновлення соціального статусу особистості, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення матеріальної незалежності. Відповідно до цього, соціальна реабілітація включає в себе соціальну навколишньо-адаптивну орієнтацію: соціально-побутову адаптацію та соціально-побутове влаштування. Автори словника-довідника зазначають, що важливою частиною соціального блоку реабілітаційної програми є заходи матеріальної допомоги, в тому числі, соціальні пенсії та компенсаційні виплати, адресна матеріальна підтримка (у вигляді допомоги харчами, одягом, іншими речами ужитку, технічними заходами тощо). Далі у цьому ж джерелі наголошується на тому, що ефективність соціальної реабілітації досягається усім комплексом реабілітаційних заходів (медичних, психологічних, професійних, соціальних), які мають на меті зменшити прояви соціальної дефектності інвалідів.

Безперечною видається думка ряду авторів [249,253,262,297,380,396] про те, що ступінь ефективності реабілітаційних заходів визначається рівнем соціалізації

особистості інваліда, його здатності адаптуватися у суспільстві. Але тоді незрозуміло, чому ж заходи даного виду автори тлумачать тільки як «соціальне обслуговування вдома» та «обслуговування під патронажем органів соціального захисту». Адже термін «обслуговування» нівелює особистість самого інваліда, вказує на його пасивну роль утриманця, в якого мало шансів проявити активність, самостійність у вирішенні власної долі, а значить, виключає можливість адаптуватися у суспільстві.

Таким чином, аналіз публікацій показав, що практично у жодному з принципових питань щодо реабілітації інвалідів немає єдності у поглядах та спостерігаються розбіжності за наступними позиціями:

1. Сутність реабілітації: а) процес; б) комплекс заходів або програм.

2. Мета реабілітації: а) раціональне працевлаштування; б) відновлення або компенсація втрачених функцій організму; в) адаптація до навколишнього середовища; г) адаптація психологічна; д) відновлення особистісного та соціального статусу; е) виховання та розвиток особистості; є) відновлення здоров'я та працездатності; ж) інтеграція в суспільстві.

3. Природа реабілітації: а) соціальна; б) медико-соціальна; в) соціально-психологічна; г) соціально-педагогічна; д) біо-соціальна; е) комплексна.

4. Зміст реабілітації: а) підвищення ступеня соціальної повноцінності особи з інвалідністю; б) відновлення та зміцнення здоров'я; в) формування соціального досвіду; г) формування позитивного ставлення до життя; д) адаптація до праці та оточуючого середовища; е) реабілітаційне виховання; є) психологічна адаптація; ж) відновлення працездатності; з) самовиховання та самореалізація; к) самовизначення в суспільстві.

5. Співвідношення понять соціальна реабілітація та реабілітація: а) соціальна реабілітація та реабілітація є тотожними поняттями; б) соціальна реабілітація та реабілітація не є тотожними поняттями.

6. Співвідношення поняття соціальна реабілітація з іншими поняттями: а) соціальна реабілітація є частиною комплексної реабілітації; б) соціальна реабілітація є частиною загальної реабілітації; в) соціальна реабілітація та соціально-трудова

реабілітація- поняття тотожні; г) соціально-трудова реабілітація є частиною соціальної реабілітації; д) соціально-психологічна реабілітація та соціальна реабілітація- тотожні поняття.

7. Структура реабілітації:

а) реабілітація осіб з вадами психофізичного розвитку складається з медичної реабілітації, елементарної реабілітації, соціально-трудової реабілітації; б) до комплексної реабілітації належать: медична реабілітація, професійна реабілітація, соціальна реабілітація; в) елементарна реабілітація є частиною соціально-трудової реабілітації; г) складовими елементами соціально-трудової реабілітації є елементарна реабілітація та психологічна реабілітація; д) складовою частиною реабілітації є фізична реабілітація; е) реабілітація здійснюється за наступними напрямками: медична реабілітація, професійна реабілітація, технічна реабілітація; психологічна реабілітація та культурна реабілітація [249].

Оскільки людина є біосоціальною системою, тобто природною істотою, яка за своєю сутністю соціальна, реабілітація не може бути «не соціальною», а якоюсь іншою. На цій підставі можна стверджувати, що поняття «соціальна реабілітація» та «реабілітація» можуть використовуватися як тотожні, але при цьому термін «соціальна реабілітація» точніше й повніше розкриває сутність питання. До того ж, немає ніяких підстав розглядати соціальну реабілітацію як частину якоїсь «загальної реабілітації», адже при правильному розумінні мети першої (соціальне становлення інвалідів та їхня інтеграція у суспільство) в принципі виключається можливість існування ще якоїсь іншої, «більш широкої» чи «загальної» [238].

Можна погодитися з тим, що до поняття «реабілітація інвалідів» часто додається термін «комплексна». В нашому розумінні він розкриває характер реабілітаційного процесу, адже цей процес має подвійну природу – медико-соціальну, а комплекс заходів, що його забезпечує, обов'язково повинен включати в себе як заходи соціально-економічного, правового, педагогічного й психологічного плану (тобто у широкому смислі - соціальні), так і заходи медичного характеру [262].

Враховуючи те, що людина є цілісною єдністю як організму, так і особистості, а інвалідність - це втрата цієї цілісності, з найбільшою вірогідністю можна говорити про предмет реабілітації як про відновлення цілісності людини та її буття через нейтралізацію та усунення негативних наслідків, спричинених органічними дисфункціями, та підвищення ступеня її соціальної повноцінності, формування соціальної активності. При цьому доречно зауважити, що оскільки саме особистість є головним інтегруючим ланцюгом цілісної системи, реабілітація не може будуватися без урахування особистісного компоненту. Це й слід враховувати при розробці стратегії реабілітації інвалідів [258].

У зв'язку з тим, що людина як відкрита функціональна система тісно пов'язана із середовищем і не може існувати поза ним, а головними механізмами, що підтримують її існування та цілісність, є адаптація та активність (саме активність слугує адаптації до середовища та інтеграції з ним), інвалідність можна охарактеризувати як стійку дезадаптацію та дезінтеграцію людини в умовах середовища, спричинені порушенням вітальних функцій як особистості, так і організму. Тож, головною метою реабілітації має бути активна адаптація з подальшою інтеграцією у середовище (в даному випадку - в соціум) [246].

Людина є такою унікальною системою, яка сама здатна до самопрограмування, саморегулювання, самозбереження та самовдосконалення. Тому при розробці стратегії реабілітації слід одразу відмовитися від старого директивно-маніпулятивного підходу, що практикувався багато років та виявився малоефективним, й згідно з яким людину-інваліда розглядали як безпомічний, беспорядний об'єкт зовнішнього впливу. Слід створити належні умови для індивідуального розвитку, актуалізації власних ресурсів, самореалізації, а, отже, до самореабілітації кожного індивіда. Це має бути безперервний процес вільного розвитку та самовдосконалення людини, родовою сутністю якої є свобода. Адже саме свобода дає людині можливість досить вільно змінювати вихідні обставини свого існування, а значить, дозволяє їй виступати суб'єктом діяльності, характеризує її не як маріонетку в руках долі, а як активного діяча, автора власного життя [262].

Отже, термінологічна невизначеність та суперечливість у тлумаченні понять, непослідовність у формулюванні основних характеристик реабілітаційного процесу потребують більш глибокого аналізу самої проблеми інвалідності та вироблення об'єктивного погляду щодо сутності соціалізації людей, які внаслідок хвороби чи травми повністю чи частково втратили здатність виконувати соціальні функції, виключені з соціальних зв'язків та соціальної діяльності.

Важливе місце в комплексі медичних, економічних, соціальних, психолого-педагогічних та інших проблем, що стосуються соціального захисту осіб з різними психофізичними вадами в стані здоров'я, проблем їх навчання, виховання, реабілітації й адаптації в соціальному середовищі, займають питання організації комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги та реалізації соціального супроводу цих осіб та членів їх сімей.

Теоретичний пошук у напрямку моделювання процесу комплексної допомоги і супроводу осіб з обмеженими психофізичними можливостями призвів нас до висновку про те, що у вітчизняній теорії існують різні приклади відповідної узагальненої моделі [21].

У медичній моделі обмежена можливість людини розглядається як її інвалідність і розуміється як особиста проблема інваліда та його сім'ї, тобто обмежені можливості розглядаються в контексті взаємозв'язку між певною особою та її недугом. В основу цієї моделі в кінці XIX ст. було покладено постулати консервативної теорії «інвалідизму»: людство поділено на здорових людей та людей з обмеженими можливостями; здорові люди здібніші від людей з обмеженими можливостями; здорові люди мають контролювати ресурси й життя людей з обмеженими можливостями. Сьогодні в межах цієї моделі комплексна допомога включає: патронаж людей з обмеженими функціональними можливостями вдома; їх медичне обслуговування; забезпечення медикаментами; санаторне лікування; виплату коштів та реалізацію пільг, гарантованих державою. Завдання педагогічної роботи в цій моделі полягає в підтримці життєдіяльності особистості в переважній більшості за допомогою медичних заходів та домінуючому акценті на соціальному захисті інвалідів.

У другій половині ХХ ст. починається новий етап формування ставлення до осіб з функціональними обмеженнями. Такі особи розглядаються незалежно від своєї дієздатності та корисності для суспільства як об'єкти соціальної допомоги, що потребують спеціальних умов для реалізації своїх можливостей та максимальної інтеграції в суспільство. Стрижнем соціальної моделі є взаємозв'язок між людиною з обмеженими можливостями та соціумом, а не відхилення в її здоров'ї та розвитку. Обмежені можливості розуміються як наслідок того, що соціальні умови звужують можливості самореалізації інвалідів, тобто інваліди розглядаються скоріше як дискримінована група, ніж аномальна. Щоб подолати це, необхідна інтеграція людей з обмеженими можливостями в суспільство через створення їм умов для максимально можливої самореалізації, а не шляхом пристосування інвалідів до норм та правил життя здорових людей. Суспільство повинно адаптувати наявні в ньому стандарти до потреб людей з обмеженими можливостями для того, щоб вони не почували себе заручниками обставин та обмеженої дієздатності. У межах соціальної моделі допомога людям з обмеженими функціональними можливостями передбачає: розширення сфери їх соціальних контактів; створення умов для довільного переміщення; забезпечення різних видів консультування; навчання дітей з обмеженими можливостями в загальноосвітніх школах; допомогу в професійному самовизначенні та працевлаштуванні, розвиток потенційних можливостей інвалідів; створення мережі громадських організацій, які здійснюють різні види соціальної реабілітації та захищають інтереси інвалідів у суспільстві; залучення волонтерів до роботи з людьми цієї категорії.

Зміст політико-правової моделі визначає рівні права людини, яка має інвалідність, на участь у всіх аспектах життя суспільства, які мають бути закріплені законодавчо, реалізовані через стандартизацію положень і правил в усіх сферах життєдіяльності людини з обмеженими функціональними можливостями.

У програмних документах громадських рухів за права інвалідів виокремлюється також модель культурного плюралізму, яка базується на принципах філософії незалежного життя та толерантного ставлення до людей з обмеженими функціональними можливостями [50].

У зв'язку з цим ми вважаємо, що при розгляді питань, які стосуються психолого-педагогічної допомоги особам з обмеженими психофізичними можливостями, акцент повинен робитися не стільки на особливостях дефектів (розумової відсталості, глухоти, сліпоти, ПОРА й ін.), скільки на закономірностях розвитку особистості, незалежно від специфіки дефекту. Такий підхід обумовлений, по-перше, тим, що кожний вид аномалії розвитку особи з конкретним дефектом досить глибоко розглядається в спеціальній літературі, по-друге, тим, що розвиток як нормальної, так і аномальної людини (Л. Виготський, Л. Божович, Б. Братусь, М. Власова, М. Певзнер, А. Петровський, В. Синьов та ін.), підкоряється загальним законам формування психіки й особистості людини в онтогенезі (А. Лурія, С. Рубінштейн, О. Леонт'єв, М. Басов, П. Гальперін, А. Запорожець, Д. Ельконін, Г. Костюк та ін.).

Проблема соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями (В. Тесленко, 2007) є складовою частиною міждисциплінарної наукової проблеми їх підготовки до максимально повноцінного життя в суспільстві, що включає навчання, виховання, реабілітацію й абілітацію. Історично склалося, що фонд наукових знань цієї проблеми сформувався в рамках корекційної педагогіки та психології, предметом якої є теорія і практика спеціальної освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я й життєдіяльності, де створені й теоретично розроблені основи її спеціальної дидактики, наочних методик, обґрунтована її технологічна складова. Саме ця багатоаспектна галузь педагогічного знання повинна служити базою, на основі якої можуть розвиватися суміжні галузі педагогічної науки [374].

Гуманізація суспільної свідомості стосовно осіб з обмеженими психофізичними можливостями, посилення уваги держави та її соціальних інститутів до проблем таких людей знайшло своє відображення в розвитку наукових досліджень проблеми, що вивчається, в межах суміжних наукових галузей: філософії, історії, соціальної і спеціальної психології, фізіології, медицини, соціології, лінгвістики, соціальної педагогіки.

При аналізі проблеми ми виходили з її загальнопедагогічного характеру, тобто необхідності цілісного підходу до вирішення завдань соціалізації дітей і молоді з

обмеженими психофізичними можливостями. Це означає, що для педагогічного дослідження істотне значення мають фундаментальні наукові знання всіх наук, що вивчають закономірності процесу соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями. Разом з тим аналіз цих знань повинен носити вибірковий, аспектний характер і здійснюватися в контексті вирішення педагогічних завдань.

З погляду теорії та практики суть інтегрованого підходу до осіб з обмеженими психофізичними можливостями полягає в тому, що їм створюються рівні можливості з їх здоровими однолітками в отриманні освіти, необхідної для їх адаптації й повноцінної інтеграції в суспільстві. З точки зору завдань вікового розвитку, інтегрований підхід сприяє формуванню в них готовності до подолання життєвих труднощів, умінь планувати різні аспекти свого життя, взаємодіяти з людьми [262]. При такому підході інтеграція виступає як одна з альтернативних форм системи спеціальної освіти, оскільки дитина, інтегрована в загальноосвітнє середовище, обов'язково отримає спеціальну допомогу, що дозволить реалізувати на практиці: 1) здійснення прав будь-якої дитини навчатися в будь-якій школі; 2) залучення батьків до спільного усунення тих труднощів, яких зазнає дитина.

В основі інтеграції людей з обмеженими психофізичними можливостями в суспільство лежить концепція «нормалізації», парадигмою якої є положення про те, що життя й побут людей з обмеженими можливостями повинні бути як можна більш наближеними до умов і стилю життя суспільства, у якому вони живуть [106,201,210, 255, 356,357].

«Інтеграція» - це специфічний вид людської діяльності. Як активна істота людина, обертаючи зовнішній світ на предмет своєї діяльності, змінюється і сама, активно перетворює саму себе. Специфічний вид активності особи, коли об'єктом її діяльності є сутнісні сили, ми й називаємо інтеграцією особистості. Сутнісні сили характеризують зміст процесу, формою якого є інтеграція особистості. Можна сказати, що сутнісні сили – це потенціал інтеграції, а інтеграція – дійсний процес реалізації сутнісних сил. При реалізації сутнісних сил відбувається процес діалектичної взаємодії суб'єктивного і об'єктивного, людини в суспільство, людини і речовинного середовища. Знаходячись під впливом внутрішньої потреби

здійснити, реалізувати себе, людина діє, винаходить, творить і тим самим, долаючи себе як «суб'єктивність», формує свій внутрішній світ. Здійснення сутнісних сил є реалізація об'єктивних цінностей, а не тільки здійснення якихось суб'єктивних спонук [106].

Процес інтеграції особистості можна представити у вигляді зв'язаних між собою етапів: самопізнання, самовдосконалення і самодіяльності. Тут вирішальну роль виконує самовдосконалення особистості, яким ми називаємо активну діяльність суб'єкта, направлену на вдосконалення і вироблення нових якостей характеру, інтелекту, волі, фізичних якостей, морального способу життя, звичок поведінки відповідно до певного соціально обумовленого ідеалу. Це свідоме оволодіння тими знаннями і навичками культури, які дозволяють людині активніше розвернути свій творчий потенціал, розвинути і реалізувати свої сутнісні сили. Процес самовдосконалення полягає також у здатності особи самостійно регулювати свою поведінку, проявляти активні зусилля, необхідні для успішної інтеграції. Регуляція поведінки відбувається на основі самооцінки особистістю своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей.

Людині властива потреба не тільки бути на рівні вимог оточуючих, але й на рівні власних вимог, власної оцінки результатів своєї діяльності, усвідомлення своїх можливостей. Самооцінка людини пов'язана із ступенем складності завдань, які вона ставить перед собою, а тому може бути правильною або неправильною. У разі розбіжності між претензіями особистості та її реальними можливостями можуть виникати емоційні зриви, несприятливі як для існування людини взагалі, так і для її інтеграції [96].

Інтеграція припускає самопізнання як процес віддзеркалення в свідомості особи її особливостей. Особа прагне, по-перше, мати знання про умови свого існування і діяльності, про суспільні цінності, ідеали, норми і форми відносин, до яких вона причетна. Вона визначає їх значущість для себе, визначає своє місце в системі соціальних відносин, прагне усвідомити власні внутрішні можливості, дати собі звіт в своїх здібностях, морально-етичних якостях, творчих потенціях. На

підставі самопізнання особа свідомо вибирає той або інший вид діяльності і визначає межі його здійснення.

Критерієм самопізнання є реальна практична діяльність, а в рамках інтеграції – самоінтеграція людини, тобто соціальна дія, джерелом якої є усвідомлена внутрішня потреба людини. Джерелом інтеграції є потреби людини, які лежать в основі мотивації будь-якої людської діяльності. Сутнісні сили виступають для особи в якості предмета її потреб. Причому, чим вищий рівень освоєння людиною з обмеженими можливостями здоров'я сутнісних сил, чим багатший її інтелектуальний і чуттєвий світ, тим сильніша її потреба в інтеграції в суспільство.

Потреба в інтеграції – потреба особливого роду: вона не є вищою над особою, не затуляє і не пригнічує її бажань і прагнень. Вона завжди є позитивною потребою і сприяє реалізації цілей і завдань людської життєдіяльності. Закон піднесення потреб обумовлює невичерпність можливостей такого роду діяльності. Значущість потреби в інтеграції людини обумовлюється як об'єктивними, так і суб'єктивними чинниками. З потребою в інтеграції зв'язано усвідомлення наявних суперечностей між «попитом» суспільства на ті або інші сутнісні сили і тими реальними сутнісними силами, які властиві цим людям. У самій потребі в інтеграції знаходить віддзеркалення вимога суспільства до особи, до її формування.

Закономірно виникає питання про напрями, в яких особистість може інтегруватися у суспільство. Життєдіяльність людей з обмеженнями здоров'я, їх досвід дозволяють виділити напрями інтеграції, до яких ми відносимо: неперервну освіту та самоосвіту; постійний пошук зовнішніх і внутрішніх засобів реалізації власних програм через обмежену функціональність; професійне самовдосконалення на основі освіти та самоосвіти; художньо-естетичне зростання на основі освіти та самоосвіти; розширення функціональних можливостей, збагачення і набуття різноманітного досвіду практичної діяльності; етико-естетичний розвиток як фоновий для попередніх трьох: поглиблення філософсько-психологічних, етико-естетичних знань, прийняття високих ідеалів і цінностей.

Досліджуючи проблеми інтеграції людей з обмеженими фізичними можливостями, ми прийшли до висновку, що саме інтеграція є суттєвим фактором

гарантії їх стабільності в суспільстві. Разом з тим існує низка перешкод на шляху до повної інтеграції людей з інвалідністю в суспільство.

Дослідження особливостей життєдіяльності інвалідів, їх досвід соціалізації дозволяють виявити основні напрями інтеграції, а саме:

- професійне самовдосконалення;
- художньо-естетичне зростання на основі освіти та самоосвіти;
- розширення функціональних можливостей, збагачення і набуття різноманітного досвіду практичної діяльності [82].

Серед загальнонаукових принципів пізнання світу, людини та її буття, як відомо, найбільш ефективним і плідним у процесі дослідження вважається системний підхід. Саме з позицій системного підходу нами було здійснено багатоаспектний аналіз, який дозволив якнайкраще зрозуміти та якнайповніше визначити сутність соціалізації інвалідів.

За словами філософа М. Кагана, акти реалізації свободи, в яких людина виступає як конкретний діючий індивід у всьому розмаїтті й безпосередності своєї життєдіяльності, пробуджують в неї її сутнісні сили.

Загальновідомо, що інваліди з причин функціональних обмежень, з одного боку, та внаслідок відсутності у суспільстві належних умов для їхнього повноцінного культурного розвитку та діяльності, з іншого, позбавлені можливості на рівних з іншими задовольняти свої культурні потреби, знайомитися з культурними надбаннями, творчо розвиватися та самореалізовуватися. Тому проблема їхньої культурної реабілітації і досі залишається чи не найважливішою.

Цим і зумовлюється необхідність розглянути соціалізацію інвалідів у дещо іншій площині та відпрацювати обґрунтовану позицію щодо сутності поняття «соціально-культурна реабілітація інвалідів».

У науковій літературі існують різні підходи до визначення сутності культури. Так, наприклад, О. Арнольдов, Є. Баллер, М. Злобін, Л. Коган, В. Межуєв та ін. наголошують на активному, творчому характері культури. Згідно з цією концепцією, культура являє собою діалектичне співвідношення предметного та

діяльнісного аспектів. У такому розумінні культура тлумачиться як людинотворчість, центральною ланкою якої є особистість, особистісний розвиток.

Як зазначає Л. Коган, - саме культура є певним ступенем, «мірою формування, розвитку та реалізації соціальних (сутнісних) сил людини в її різноманітній суспільній діяльності» саме в культурі відбувається соціальне становлення особистості, яка створює себе, формує своє життя.

Отже, можна зробити припущення, що соціально-культурна реабілітація молодих інвалідів – це процес входження людини у сферу культури, культурне середовище, досягнення гармонії з навколишнім світом, суспільством та з самою собою в процесі інтеріоризації, становлення особистості як суб'єкта життєтворчості, розвитку культурних потреб, творчих здібностей та смаків.

Психолого-педагогічна допомога особам з обмеженими психофізичними можливостями вимагає усвідомлення понять «норма» і «патологія». Єдиного підходу у визначенні межі між нормою й патологією в розвитку особистості не існує. Разом з тим проблема «норми» й аномалій особистісного розвитку надзвичайно важлива, оскільки, як доводить В. Худик, який досить повно досліджував цю проблему, вона зводиться: 1) до особливостей засвоєння дитиною певних життєвих нормативів, що висуваються тим або іншим соціальним оточенням, і 2) до аналізу причин, що утрудняють засвоєння нею відповідної субкультури [386].

Як вважає відомий словацький учений Л. Пожар, поняття норми розкривається з погляду статистичної норми (нормальний стан — це такий стан, який перебуває в межах середньої величини або обговореної міри розподілу; при цьому не всяке відхилення від статистичної норми ототожнюється з патологією), функціональної, або індивідуальної (нормальною вважається така дитина, яка сприймає себе такою, якою вона є; ця норма є вихідним пунктом у роботі з аномальними дітьми), та ідеальної норми (оптимальний спосіб існування особистості дитини в оптимальних соціальних умовах; відсутність прагнення до будь-якого ідеалу або наявність багатьох суперечливих ідеалів — це ознака ненормальності) [345].

Між нормою та патологією особистісного розвитку, наче умовними крайніми полюсами, перебуває велике поле суміжних з нормою й аномалією рівнів розвитку й станів (шкідливі звички, стереотипи поведження, емоційно-особистісні реакції й інші девіації поведження; акцентуйовані риси характеру, які формуються в дітей як у зв'язку з соціальною ситуацією розвитку, так і під впливом різних ендогенних і екзогенних впливів).

Оскільки людина з обмеженими психофізичними можливостями найбільш індивідуальна з точки зору варіантів свого розвитку, порівняно з «нормальною» людиною, то й модель порушень її особистісного розвитку визначається суцього конкретно [323].

Відомо, що процес абілітації людини (від лат. *Habilitas* - придатність), тобто становлення її спроможності виконувати свої соціальні функції (бути членом родини, учнем, студентом, працівником, мислителем, керівником, громадським діячем тощо) відбувається у нерозривній взаємодії двох процесів, перебіг яких триває все життя, - онтогенезу (психофізичного розвитку організму) та соціалізації (входження індивіда у соціальне оточення, присвоєння ним елементів людської культури) [51,327,396].

Вся реабілітаційна і абілітаційна робота, якщо у ній використовуються засоби педагогічного впливу на особу (надання загальної і професійної освіти, фізичне, трудове, естетичне, моральне, правове виховання, розвиток здібностей, навчання спілкування, самопізнання і самовдосконалення, самоуправління поведінкою тощо), що ґрунтується на глибокому розумінні особливостей розвитку особистості при тих або інших структурах дефекту і на індивідуальному підході до об'єктів освіти і виховання, має яскраво виражений корекційний характер, тобто спрямована на поліпшення процесів розвитку і соціалізації людини.

Отже, стосовно дітей, які охоплені діяльністю суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності, ми маємо справу зі сферою компетенції корекційної педагогіки, а щодо дорослих - корекційної андрагогіки (науки про виховання дорослих)[396].

Наступним кроком нашого дослідження стало здійснення вибіркового аналізу проблеми типізації (класифікації) осіб з порушеннями опорно-рухового апарату. В цьому питанні існує цілий ряд підходів і поглядів вітчизняних і зарубіжних науковців-дослідників: характеристика інвалідності як причини обмеженої дієздатності особистості О. Безпалько; характеристика психолого-педагогічних особливостей дітей з проблемами в розвитку, що ґрунтується на позиціях суспільно-історичного походження психіки [20].

В основі зазначеної позиції лежать ідеї Л. Виготського про прижиттєве формування психіки дитини шляхом присвоєння культурно-історичного досвіду [52-58]. Відповідно до цієї теорії основу класифікації дітей з обмеженими можливостями становлять діти з порушеннями мовлення, із затримкою психічного розвитку, розумово відсталі діти, діти з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, з порушеннями емоційно-вольової сфери, поведження, зору й слуху.

Типологія дітей відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 р.) включає дітей з порушеннями інтелекту (ідіотія, імбецильність і дебільність), дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (діти-інваліди, частково або повністю обмежені у вільних рухах; діти з наслідками поліомієліту та церебрального паралічу, у яких порушення опорно-рухового апарату пов'язані з патологією розвитку або ушкодженням рухових механізмів центральної нервової системи; діти з порушенням мовлення, слуху тощо) [95]; британський варіант триланкової шкали обмежених можливостей, що лежить в основі класифікації, прийнятої в 1980 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я. У зазначеному варіанті до обмежених можливостей відносять: недугу (будь-яка втрата або аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утрудняє яку-небудь діяльність); обмежену можливість (будь-які обмеження або втрата здатності виконувати яку-небудь діяльність у межах того, що вважається нормою для людини певного віку); недієздатність (інвалідність) — будь-який наслідок дефекту або обмежена можливість конкретного індивіда, що перешкоджає або обмежує виконання ним якої-небудь нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних чинників [327]; типологія підтримки батьків дітей з особливими

потребами (синдром інтелектуальних, емоційних і поведінкових розладів у дітей), дітей-сиріт з функціональними обмеженнями тощо. Ось далеко неповний перелік, наведений як приклади, наявних спроб у спеціальних дослідженнях вирішити проблему класифікації типів осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

Одна з перших класифікацій порушень розвитку, яка пов'язувалася з уявленням про локалізацію пошкодження у рефлекторній дузі за І. Сеченовим, була представлена у працях Л. Виготського [52]. Він зазначав, що «...будь-який дефект слід розглядати з огляду на його відношення до центральної нервової системи та психічного апарату дитини. У діяльності нервової системи розрізняють три окремі апарати, що виконують різні функції: сприймальний апарат (пов'язаний з органами чуття), робочий (пов'язаний з робочими органами тіла, м'язами, залозами) та центральна нервова система. Недоліки кожного з трьох апаратів по-різному впливають на розвиток дитини та її виховання. Відповідно до цього слід розрізняти три основні типи дефектів: пошкодження чи недостатність сприймальних органів (сліпота, глухота, сліпоглухота), пошкодження чи недостатність частин робочих органів (каліки) та недостатність чи пошкодження центральної нервової системи (розумова відсталість)».

Традиційно в дефектології [356] вирізняють дітей з такими порушеннями психофізичного розвитку: з порушеннями аналізаторів; розумово відсталих дітей та із затримкою психічного розвитку; з тяжкими порушеннями мовлення; з порушеннями опорно-рухового апарату; зі складним комплексним дефектом; діти з емоційними порушеннями (зокрема при аутизмі та аутистичних рисах особистості); діти з вираженою девіантною (від лат. *deviatio* - відхилення, в даному випадку - відхилення від соціальної норми) поведінкою. Окрім того, виділяються також педагогічно запущені діти та з порушеннями емоційно-вольової сфери психіки.

Рух – є одним із найголовніших елементів у житті людини, що відбувається на основі системи органів (кісток, їх з'єднань та м'язів), які об'єднані у єдину систему - опорно-рухову. Рухову функцію виконують м'язи і кістки кінцівок, м'язи спини і грудей, хребет.

Захворювання опорно-рухового апарату (ОРА) багаточисельні і всілякі. Причиною цих захворювань, в основному, є запальні і дистрофічні процеси, а також механічні пошкодження кісток і суглобів. В даний час відомо і класифіковано близько 100 суглобових синдромів. Вони поширеніші, ніж туберкульоз, рак, діабет і хвороби серця, разом узяті. Найчастіше зустрічається остеоартрит (ОА) - дегенеративна хвороба суглобів з руйнуванням сполучної тканини і дегенерацією суглобового хряща, що виявляється у міру старіння людини.

Ревматоїдний артрит стоїть на другому місці по поширеності, зустрічається частіше у жінок. В основі захворювання лежить аутоімунна патологія. Рідші форми: ювеніальний (юнацький) ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондилит, псоріатичний артрит, а також різні поразки ОРА при подагрі. Особливе місце займають травми кісток і суглобів і остеопороз кісток, які є найбільш частою причиною інвалідності.

Травми і різні захворювання опорно-рухового апарату супроводжуються функціональними розладами, що призводять до інвалідності: 9,3 % інвалідів вимушені змінити професію, а 2,5% повністю втрачають працездатність (Е. Усольцева, 1961). Після пошкоджень ліктьового суглоба у 20% осіб залишається стійка контрактура в цьому суглобі (С. Горіневська, 1953). Інвалідність при переломах хребта досягає 20,9%, а при переломах шийки стегна 37,8% (А. Дворкін, 1962). За даними С. Смбацяна (1958), 7,9% спортсменів, що перенесли різні травми, припиняють заняття спортом. Огляд інвалідів з наслідками травм показав, що 23% з них потребують проведення активного консервативного відновного лікування (Д. Гріцкевіч, 1965). 71,6% дитячої інвалідності доводиться на наслідки травм, вроджені вади розвитку, поліомієліт, церебральні парези (М. Гончарова, Р. Епштейн, Н. Ободан, А.Грініна, 1965). Обстеження 3837 хворих з наслідками різних захворювань опорно-рухового апарату, проведене Н. Кочуровою (1966), показало, що найбільш важка інвалідність (1-ІІ групи) існує серед осіб з церебральними паралічами (42,8%) [60].

До ушкоджень опорно-рухового апарату відносяться: вивіх, деформації, дисплазії, ішіас, кіфоз, косолапість вроджена, кривошия, люмбаго, міжхребцева

грижа, нестабільність плечового суглобу, остеохондроз, переломи, пухлини хребта та спинного мозку, сколіоз, спондильоз, стеноз спинного каналу, травми хребта та спинного мозку, фасцит, хрускіт у суглобах [113].

На першому місці за поширеністю захворювань опорно-рухового апарату стоять міжхребцевий остеохондроз і деформуючий спондильоз, який є найчастішою причиною болів в хребті. Поразка хребетного стовпу відбувається також при хворобі Бехтерева (анкілозуючий спонділоартрит). При хворобі Бехтерева розвивається запальна поразка міжхребцевих суглобів і спинальних зв'язок, що супроводжується розвитком больового синдрому.

Наступним за міжхребцевим остеохондрозом за поширеністю можна назвати деформуючий остеоартроз - хронічне, повільно прогресуюче захворювання, при якому дегенеративно-дистрофічні зміни розвиваються в гіаліновому хрящі через невідповідність навантаження, що випробовується хрящем, і його можливість їй чинити опір.

Іншим захворюванням, при якому відбувається ураження суглобів, є ревматоїдний артрит - це хронічне системне імунно-запальне захворювання сполучної тканини, при якому розвивається ерозивно-деструктивний поліартрит з ураженням переважно дрібних суглобів кисті і стопи. Етіологія захворювання невідома.

Серед хвороб обміну речовин, що ведуть до поразки суглобів, найбільш значущою є подагра. Захворюванням значно частіше хворіють чоловіки після 40 років, ніж інші віково-статеві групи. Це захворювання характеризується порушенням обміну сечової кислоти, яка у вигляді мікрокристалів моноурата натрію накопичується в порожнині суглобів.

Існує безліч класифікацій (як академічних, так і чисто практичних) переломів. З точки зору об'єму надання медичної допомоги в умовах великої кількості потерпілих, доцільно виділити наступні групи переломів: закриті переломи; повторно відкриті переломи; відкриті переломи; вогнепальні переломи.

Особливої уваги потребують особи з інвалідністю, серед яких значну частку становлять хворі на дитячий церебральний параліч (ДЦП). ДЦП є складним

захворюванням, яке посідає одне з перших місць у структурі дитячої інвалідності за неврологічним профілем (Н. Гойда, О. Качмар, В. Козявкін). Тяжкість цього захворювання обумовлена складністю рухових, психічних і мовленнєвих порушень (Т. Вісковатова, С. Євтушенко, Е. Калижнюк, О. Мастюкова та ін.).

Дослідження фахівців у галузі корекційної педагогіки (Л. Бадалян, С. Бортфельд, М. Єфименко, Ю. Лянной, О. Мастюкова, Є. Постовойтов, Б. Сермеєв, О. Штеренгерц та ін.), присвячені корекції рухової сфери дітей із ДЦП, свідчать про надзвичайну складність означеної проблеми, розв'язання якої зумовлює важливість пошуку ефективних технологій і засобів розвитку в цих дітей рухової активності як однієї з життєво необхідних потреб організму, особливо в молодшому шкільному віці.

Ефективне навчання і виховання учнів із ДЦП потребує створення спеціальних умов для реалізації їх актуальних і потенційних можливостей (Віт. Бондар, В. Григоренко, Б. Сермеєв, В. Синьов, Б. Шеремет, М. Шеремет, О. Штеренгерц та ін.). Найбільш повно в наукових дослідженнях і методичних розробках висвітлено засоби та методики корекції наявних у дітей із ДЦП рухових порушень. Однак питання організації умов щодо стимулювання і розвитку їх рухової активності, методичного забезпечення цього процесу здебільшого залишаються поза увагою науковців і практиків.

Вибір методу лікування хворого з ушкодженнями опорно-рухового апарату у кожному конкретному випадку ґрунтується на особистому досвіді і умінні фахівця, оскільки на ухвалення рішення робить вплив величезна кількість чинників (висока варіабельність ушкоджень опорно-рухової системи, їх поєднання між собою і з ушкодженнями інших органів і систем; тяжкість стану потерпілого; час, що пройшов з моменту травми; вік потерпілого; наявність необхідних умов і інструментарію для здійснення того або іншого методу лікування; кваліфікація фахівця, що надає допомогу) [143].

Опорно-руховий апарат складається з кісткового скелета і м'язів. Виконуючи свою роботу, вони одночасно удосконалюють і функції практично всіх внутрішніх органів, в першу чергу це стосується серцевосудинної і дихальної систем. М'язова

система функціонує не ізольовано. Всі м'язові групи прикріплюються до кісткового апарату скелету за допомогою сухожиль і зв'язок.

Скелетна мускулатура - головний апарат, за допомогою якого здійснюються фізичні вправи. Добре розвинена мускулатура є надійною опорою для скелету. Наприклад, при патологічних викривленнях хребта, деформаціях грудної клітки ускладнюється робота легенів і серця, погіршується кровопостачання мозку. Треновані м'язи спини укріплюють хребетний стан, розвантажують його, беручи частину навантаження на себе, запобігають «випаданню» міжхребетних дисків, зісковзуванню хребців [250].

Виправлення форми викривлених кінцівок і хребта, відновлення анатомічних взаємин, досягнуті в процесі лікування цих хворих, ще не забезпечує їм повного одужання. Необхідно досягти найбільш повноцінного відновлення функціональної здатності рухового апарату і працездатності осіб, а також допомогти виробленню різних рухових навичок, необхідних їм в побуті та під час виконання професійних обов'язків.

Відновлення амплітуди рухів в суглобах, сили м'язів, опорно-локомоторних функцій після травм і деформацій може бути досягнуто за допомогою використання лікувальної гімнастики, фізичних вправ у воді, масажу, елементів спорту, тренування, працетерапії, а також шляхом використання ортопедичних засобів лікування і протезування (протезів, апаратів, спеціальних шин, гіпсових пов'язок і т. п.).

Фізичні тренування також сприяють розвитку і зміцненню кісток, сухожиль. Кістки стають міцнішими і масивнішими, сухожилля і зв'язки міцними й еластичними. Чим більш міцніше скелет, тим надійніше захищені внутрішні органи від зовнішніх пошкоджень.

Здібність м'язів до розтягування, що збільшує їх, покращення еластичності зв'язок удосконалюють рухи, збільшують їх амплітуду, розширюють можливості адаптації людини до різної фізичної роботи.

Таким чином, особи з порушеннями функцій ОРА, більшість з яких - це ДЦП, як об'єкти соціалізації потребують серйозної корекційної роботи. Основними цілями

такої роботи є: надання їм медичної, психологічної, педагогічної, логопедичної й соціальної допомоги, забезпечення максимально повної й ранньої соціальної адаптації, загального й професійного навчання. Дуже важливий розвиток позитивного ставлення до життя, суспільства, родини, навчання й праці. Важлива умова - комплексність впливу - погодженість дій фахівців різного профілю: невропатолога, психоневролога, лікаря ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, соціального педагога. Необхідна їх спільна позиція при обстеженні, лікуванні, психолого-педагогічній, логопедичній і соціально-педагогічній корекції.

1.2. Організаційно-правове забезпечення процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату

Одним з напрямків державної політики будь-якої країни є створення такого устрою, який забезпечував би для всіх рівні можливості, гарантував би всім членам суспільства повагу до особистості незалежно від віку, стану здоров'я, майнового стану тощо [82].

Права інвалідів є предметом значної уваги з боку міжнародних організацій. Необхідність посилення гарантій захисту прав інвалідів спонукала міжнародну спільноту до активних дій. Усередині минулого століття з трибуни ООН інвалідність була названа «мовчазною трагедією». Щоб вирішити цю проблему, ООН розробила ряд положень, що мають велике значення для регулювання правовідносин інвалідів і суспільства: Генеральна Асамблея ООН 10 грудня 1948р. прийняла і проголосила Загальну декларацію прав людини; 16 грудня 1966р. Генеральною Асамблеєю ООН прийнята Міжнародна Конвенція з цивільних, політичних, економічних, соціальних і культурних прав; 1965р. була прийнята Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, а в 1979р. - Декларація про ліквідацію дискримінації стосовно жінок (незважаючи на те, що зазначені документи не мають прямого відношення до інвалідів, проте вони проголосили рівність прав «людей без виключення» - отже, й інвалідів також); 20 грудня 1971р. Генеральна Асамблея ООН визнала права людей з порушенням функцій організму і прийняла Декларацію про права інвалідів; з метою доведення проблеми інвалідності до свідомості всіх і кожного 1981 рік ООН було проголошено Міжнародним Роком Інваліда; наступне десятиріччя -1983-1992рр. - було визнано Десятиліттям інвалідів, що дало можливість урядам багатьох країн виконати рекомендації ООН щодо дискримінації інвалідів і змінити громадську думку з цієї проблеми. Міжнародні організації інвалідів почали співпрацювати з ООН на конкретнішому рівні і включилися в розробку своїх проектів і програм; наприкінці Десятиліття інвалідів, у грудні 1992р., Генеральна Асамблея проголосила 3 грудня Міжнародним днем інваліда. Комісія з прав людини прийняла резолюцію, яка визначила цей день як день рівних прав і можливостей інвалідів; 28 грудня 1992р. 48

сесією Генеральної Асамблеї ООН були прийняті Стандартні Правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Правила охопили всі аспекти життя інвалідів, а також рекомендації для урядів, стосовно того, які заходи необхідні для забезпечення інтеграції інвалідів у життя суспільства; 13 грудня 2006р. Генеральна Асамблея ООН схвалила Конвенцію про права інвалідів.

Конвенцією визначено основоположні принципи забезпечення прав інвалідів: повага притаманної людині гідності, її особистої самостійності, включаючи свободу робити, свій власний вибір, і незалежності; недискримінація; повне й ефективне залучення і включення в суспільство; повага особливостей інвалідів і їх прийняття як компонента людської різноманітності й частини людства; рівність можливостей; доступність; рівність чоловіків і жінок.

У цілому принципи і керівні орієнтири, що містяться у Всесвітній програмі дій відносно інвалідів, у Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів, у Конвенції про права інвалідів мають велике значення з погляду впливу на формулювання й оцінку політики щодо захисту прав інвалідів на національному рівні .

Мета вищезазначених документів полягає в заохоченні країн до захисту і забезпечення повного, на рівних умовах здійснення всіма інвалідами прав людини і основних свобод, а також до заохочення поваги гідності інвалідів.

20 грудня 1993 року Генеральною Асамблеєю ООН були прийняті Стандартні правила щодо урівняння можливостей інвалідів. Ці правила акцентують увагу на вирішенні таких питань: особливий захист; життя в сімейному оточенні, участь у суспільному житті; опіка і забезпечення максимального захисту від зловживань; допомога для вільного розвитку особистості; освіта, навчання, працездатність; захист від експлуатації, принизливого ставлення; право на власну думку, особисте життя; можливість доступу до якісної медичної допомоги; належне матеріальне забезпечення і соціальний захист; право на повагу до людської гідності [337].

Стан дотримання прав дитини, а також осіб з інвалідністю в Україні все більше підпадає під увагу держави і громадських організацій, однак небезпека декларативності намірів і далеко не повної їх реалізації залишається, на жаль,

актуальною. В українському законодавстві визначені права та гарантії, які в повній мірі відповідають правилам, проголошеним у Конвенції про права дитини.

Конституція України гарантує усім громадянам, зокрема дітям та особам з інвалідністю: право на соціальний захист, що включає право на забезпечення у разі повної, часткової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від громадян обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом (Ст. 46); право на догляд для непрацездатних осіб шляхом створення мережі державних, комунальних, приватних закладів (Ст. 46); право на належне матеріальне забезпечення та на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло (Ст.23); право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм (Ст. 49); право на інформацію і право знати свої права і обов'язки (Ст. 57); право на свободу і особисту недоторканість, (Ст. 29); право на свободу пересування, вільний вибір місця проживання, правовільно залишати територію України, за винятком обмежень, які встановлюються законом (Ст. 33); право володіти, користуватися і розпоряджатися своєю власністю, результатами своєї інтелектуальної, творчої діяльності... (Ст. 41); право на повагу до гідності людини (Ст. 28); рівність у конституційних правах та свободах без привілеїв за будь-якими ознаками (Ст. 24); право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею. Держава створює умови для повного здійснення громадянами права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізовує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб... (Ст. 43); право на вільний і всебічний розвиток своєї особистості (Ст. 23).

Закон України «Про охорону дитинства» визнає права дітей на життя та охорону здоров'я, на ім'я та громадянство з моменту народження, на достатній життєвий рівень, на вільне висловлення думки, на отримання інформації, на захист від усіх форм насильства; забороняє дискримінацію дітей-інвалідів та дітей з вадами

розумового або фізичного розвитку і декларує рівність можливостей для повноцінного життя з урахуванням індивідуальних здібностей та інтересів; гарантує надання відповідної матеріальної допомоги одному з батьків дитини-інваліда чи особі, яка його замінює (встановлення скороченого робочого дня, надання додаткової оплачуваної відпустки (до 5 днів), відпустки без збереження заробітної плати та інших пільг); гарантує безоплатність спеціалізованої медичної, дефектологічної і психологічної допомоги та протезування у відповідних державних і комунальних закладах охорони здоров'я, можливість отримати базову й професійно-технічну освіту, в тому числі у домашніх умовах, безоплатне забезпечення засобами індивідуальної корекції; визначає право дитини, яка не має можливості виховуватися в біологічній родині, на сімейне виховання в альтернативних формах: прийомних сім'ях та дитячих будинках сімейного типу; визначає перелік закладів для дітей-інвалідів та дітей з вадами розумового або фізичного розвитку, які утримуються за рахунок держави: спеціальні загальноосвітні школи, школи-інтернати, дитячі будинки, дитячі будинки-інтернати, дошкільні та інші заклади [82].

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» гарантує рівність та повноту соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод інвалідів; створення для інвалідів умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та грошовій діяльності; право на працю; право інваліда на забезпечення житлом та його збереження протягом часу, коли інвалід влаштований у будинок-інтернат; забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами реабілітації, включаючи друковані видання із спеціальним шрифтом; право на отримання соціальної допомоги, послуг чи пільг залежно від групи інвалідності [126].

Закони України «Про освіту», «Про дошкільну освіту», «Про загальну середню освіту» гарантують право дитини на доступність і безоплатність освіти у державних навчальних закладах незалежно від соціального статусу дитини та стану її здоров'я; соціальний захист вихованців, учнів та інших осіб незалежно від форм їх навчання і типів навчальних закладів; здобуття освіти в домашніх умовах; право

дитини на родинне виховання; рівність умов для реалізації задатків, нахилів, здібностей, обдарувань, різнобічного розвитку кожної дитини; право на формування особистості дитини, розвиток її творчих здібностей, набуття соціального досвіду; права батьків на вибір закладу здобуття освіти; право батьків /опікунів захищати права та інтереси дитини в судовому порядку; безоплатні медичні послуги у навчальних закладах для дітей, створення психологічної служби в навчальних закладах та здійснення соціально-педагогічного супроводу у системі освіти задля адаптації дітей до умов соціального середовища, консультативної допомоги батькам та особам, які їх замінюють; створення різних типів навчальних закладів для «осіб, які мають вади у фізичному чи розумовому розвитку і не можуть навчатися в масових навчальних закладах» такі як: спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, школи, дитячі будинки, дошкільні та інші навчальні заклади з утриманням за рахунок держави [99].

Закон України «Про пенсійне забезпечення» регламентує, що «... державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам регулюють матеріальне забезпечення шляхом надання трудових і соціальних пенсій інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам за рахунок коштів Державного бюджету України та соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму».

Закон України «Про соціальні послуги» гарантує право на вибір установи та закладу, а також форми соціального обслуговування при одержанні соціальних послуг; визначає можливість надання соціальних послуг в реабілітаційних установах та закладах, в установах та закладах денного перебування, а також тимчасового або постійного перебування, та інших; передбачає надання соціальних послуг недержавними суб'єктами за бюджетні кошти.

Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» гарантує дітям-інвалідам безоплатні реабілітаційні послуги відповідно до індивідуальної програми реабілітації, серед яких: фізична, медична, психолого-педагогічна і психологічна, соціальна реабілітація та абілітація а також психолого-педагогічний супровід; обов'язкове формування індивідуальної програми реабілітації лікарсько-

консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів; створення відділень або будинків тимчасового перебування дітей-інвалідів для забезпечення догляду за дитиною-інвалідом з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за ним (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні); пріоритетне право дітей-інвалідів на забезпечення технічними і допоміжними засобами для реабілітації, в тому числі: засобами для пересування і орієнтування, для самообслуговування та догляду, спілкування та обміну інформацією, спеціальними засобами для освіти (включаючи літературу) і занять трудовою діяльністю, протезно-ортопедичними виробами, спеціальним фізкультурно-спортивним обладнанням; призначення груп інвалідності з урахуванням, окрім ступеню втрати здоров'я, також потреби у постійному сторонньому догляді та здатність до самообслуговування [126].

Бюджетний Кодекс України передбачає видатки, що здійснюються з Державного бюджету України у соціальній сфері на: спеціальні школи (в тому числі школи-інтернати), загальноосвітні школи соціальної реабілітації державної форми власності; спеціалізовану, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, у тому числі спеціалізовані лікарні; соціальні пенсії та допомога по догляду за дитиною-інвалідом, компенсації на медикаменти; будинки-інтернати для дітей-інвалідів; територіальні центри і відділення соціальної допомоги на дому державної системи соціального захисту; державну підтримку громадських організацій інвалідів і ветеранів, які мають статус всеукраїнських; підготовку та участь національних збірних команд в параолімпійських іграх; підтримку баз олімпійської підготовки; державні програми з інвалідного спорту та реабілітації (центр «Інваспорт», участь у міжнародних змаганнях з інвалідного спорту, навчально-тренувальні збори до них).

Держава взяла на себе зобов'язання і несе відповідальність за реалізацію рівності громадянських та соціально-економічних прав дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Але на практиці часто права інвалідів не реалізуються згідно національних державних гарантій.

Головною гарантованою державною формою отримання соціальних та освітніх послуг є школи-інтернати та дитячі будинки-інтернати, що вступає в

протиріччя з ст.9 п. 1 Конвенції про права дитини ООН і призводить до фактичного вилучення цих дітей із суспільного життя [176].

У 2002 році було прийнято доповнення до Сімейного Кодексу України щодо альтернативних форм сімейного виховання, таких як прийомна сім'я та дитячі будинки сімейного типу для дітей сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. Однак, через брак методичного забезпечення, недосконалий механізм фінансування та неготовність прийомних батьків такі форми виховання розвиваються вкрай повільно для дитини з розумовою відсталістю.

Згідно з принципами Конвенції про права дитини діти з порушеннями ОРА потребують особливого захисту. Дитина має бути захищена від принизливого ставлення, експлуатації, усіх форм фізичного та психологічного насильства, зловживань, відсутності піклування чи недбалого і брутального поводження. Особливо тоді коли вона позбавлена можливості жити з батьками. В спеціальному закладі дитина має право на захист і здійснення постійного контролю за умовами її проживання [176].

Забезпечення декларованих законодавством прав дитини, надання їй допомоги в її захисті залежить від професійного рівня фахівця, від бажання допомогти дитині знайти вихід в кожній конкретній життєвій ситуації. Посилаючись на певний міжнародний досвід, можна виділити відносно новий для вітчизняної корекційної педагогіки, але дуже актуальний для покращення правової соціалізації осіб з порушеннями ОРА напрям роботи.

Україна проводить послідовну роботу переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності шляхом створення умов для інтеграції інвалідів до активного суспільного життя, підвищення державних гарантій у досягненні вищих соціальних стандартів у матеріальному забезпеченні інвалідів, створення безперешкодного середовища для інвалідів, забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій у розв'язанні проблем інвалідів [82].

Державна політика щодо інвалідів ґрунтується на законах, а реалізація та розв'язання проблем інвалідів відбувається через соціальні проекти і програми, які фінансуються переважно з Державного бюджету. Основними з них є Державна

типова програма реабілітації інвалідів (постанова КМУ від 8 грудня 2006 року) та Державна програма розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, розумовою відсталістю та психічними захворюваннями до 2011 року (постанова КМУ від 12 травня 2007 року №716).

Права осіб з обмеженими можливостями на участь у житті суспільства і захист їх інтересів закріплено чинним законодавством та окремими підзаконними актами. Вони, у першу чергу, спрямовані на надання інвалідам рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації соціальних, економічних, політичних та інших конституційних прав і свобод.

На даний момент у сфері забезпечення прав інвалідів в Україні чинними є більш ніж 340 міжнародних та вітчизняних законно-правових актів, серед яких:

- Конвенція № 159 про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів;
- Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 р., № 875-ХІІ;
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» від 2 березня 2000 р. № 1533-ІІІ;
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» від 18 січня 2001 р., № 2240-ІІІ;
- Указ Президента України № 519/2001 від 13.07.2001 «Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001 - 2005 роки»;
- Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 6 жовтня 2005 р., № 2961-І;
- Указ Президента України №1845 від 27 грудня 2005р. «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 31 серпня 2005 року № 836 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання одноразової матеріальної допомоги інвалідам»;

- Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда. Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 р., № 757;

- Постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 р. № 757 Київ «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів».

Базовим Законом, який сформулював мету державної соціальної політики щодо інвалідів, став Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», прийнятий у 1991 році зі змінами і доповненнями, внесеними протягом 2003-2007 років. Згідно з цим Законом мета державної політики щодо інвалідів полягає у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності. Стаття 1 зазначеного Закону констатує, що інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами [126].

Приєднання України до міжнародних документів з проблем інвалідів (Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, Європейська соціальна хартія, Конвенція про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів та інші міжнародно-правові акти) дозволило гармонізувати норми вітчизняного законодавства з міжнародними стандартами, планомірно створювати систему їх практичної реалізації.

Зважаючи на необхідність комплексного розв'язання проблем інвалідності, кардинальної зміни підходів до ролі і місця людей з інвалідністю в економічному та соціальному житті суспільства, у 2005 році Верховною Радою України був прийнятий принципово новий законодавчий акт – Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Його реалізація покликана створити не лише необхідні умови для повноцінного життя людей з обмеженими можливостями - відновлення фізичного статусу, здобуття освіти, професії, посильної участі в трудовій діяльності, а й змінити ставлення до них як повноправних громадян усього суспільства.

Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» дав поштовх серйозним конструктивним змінам у забезпеченні правових і конституційних гарантій у сфері

соціального захисту та реабілітації інвалідів. На його виконання прийнято цілу низку законодавчо-нормативних актів. Зокрема, прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо професійної і трудової реабілітації інвалідів», «Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість»; Укази Президента України «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями», «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів», «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями».

Урядом України прийнято низку нормативних документів, які регулюють процес реабілітації інвалідів, організацію надання їм реабілітаційних послуг. У 2006 році прийнято постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів автомобілями» та «Про затвердження Порядку забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації і формування відповідного державного замовлення, переліку таких засобів». Постановою Уряду від 31.01.2007 р. №80 врегульовано єдиний порядок надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг, їх вартість, організаційні моменти ліцензування професійної діяльності, контроль за наданням соціальних послуг. Наказами Мінпраці України затверджено типові положення про центри соціальної та професійної реабілітації інвалідів, реабілітаційну установу змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю, про установу постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю. Визначено соціальні нормативи у сфері соціальної та професійної реабілітації, що встановлюють вимоги до змісту та обсягу реабілітаційних заходів щодо відновлення та компенсації обмежених функціональних можливостей інвалідів.

Порядком надання реабілітаційних послуг вперше встановлено право самостійного вибору інвалідом або дитиною-інвалідом реабілітаційної установи незалежно від місця мешкання. З метою забезпечення своєчасності, комплексності і неперервності реабілітаційного процесу, а також для запобігання погіршення стану

інвалідності, подолання її наслідків та посилення незалежності людей з обмеженими можливостями в країні сформовано мережу реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів: всього 209 реабілітаційних центрів для інвалідів та дітей-інвалідів, з яких 12 центрів професійної реабілітації інвалідів, 73 центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів, 120 реабілітаційних відділень для інвалідів та дітей-інвалідів, 3 реабілітаційні установи змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю та одна установа постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю. Щороку у центрах отримують реабілітаційні послуги більше 20 тис. інвалідів і дітей-інвалідів; 325 будинків-інтернатів (у тому числі 152 психоневрологічних інтернати, 55 дитячих будинків-інтернатів, 5 спеціальних, 74 будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів та 39 пансіонатів для ветеранів війни та праці); 743 територіальні центри соціального обслуговування, що надають більш ніж 47 видів різних соціальних послуг майже 2 млн. осіб [207].

Світовою та європейською спільнотою реабілітація визнана важливою складовою соціальної інтеграції інвалідів у систему відносин здорових людей. Україна, як і кожна інша цивілізована країна, має вирішувати цілий комплекс проблем з метою реабілітації осіб з інвалідністю, щоб сприяти повноцінній інтеграції людей з функціональними обмеженнями у фізичне і соціальне середовище.

Соціалізація інвалідів - складна і багатоаспектна проблема, у вирішенні якої однаковою мірою значущими є медичні, професійні й соціальні складові. Але особливе місце у розв'язанні проблем інвалідів й інтеграції осіб з обмеженими можливостями у відкрите суспільство посідає професійна і трудова реабілітація.

Професійна і трудова реабілітація спрямовується на забезпечення конкурентоспроможності інваліда на ринку праці, його працевлаштування як у звичайних виробничих умовах, так і у спеціально створених умовах праці, вирішення багатьох завдань соціальної інтеграції інвалідів.

Робота центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів, (в системі Мінпраці налічується 73 центри), спрямована на вивчення та збереження сімейних і соціальних зв'язків, адже для кожної дитини його сім'я має бути середовищем для їх

функціональної соціалізації та реабілітації. В умовах таких установ здійснюється виховання у дитини впевненості у власних можливостях, створення установки на активне самостійне життя. В середньому протягом року в таких установах отримують реабілітаційні послуги біля 18 тисяч дітей з обмеженими можливостями, з них дві тисячі дітей навчаються у 99 трудових майстернях для здобуття професійних навичок. Щороку майже 1,5 тисячі дітей інтегруються в загальноосвітні заклади [207].

Професійна підготовка осіб з особливими потребами за 58 робітничими професіями забезпечується мережею центрів професійної реабілітації інвалідів (в системі Мінсоцполітики 12 центрів). Завдяки створенню у 2008 році інтегрованих філій при центрах професійної реабілітації інвалідів, за австрійською моделлю, значно підвищено рівень зайнятості випускників таких центрів. Сьогодні при таких установах діє 37 соціально-економічних (інтегрованих) філій.

З метою розширення спектру надання реабілітаційних послуг особам з розумовою відсталістю та психічними захворюваннями з 2007 року запроваджено створення установ змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю і установ постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю (на сьогодні їх кількість складається з 7 установ), в яких отримують реабілітаційні послуги в рік майже 700 осіб з інвалідністю [227].

З 2006 року Україна взяла на себе зобов'язання виконувати цілі Ради Європи відносно імплементації положень Плану дій Ради Європи до 2015 року. У рамках надання допомоги в імплементації положень згаданого Плану дій за сприянням Секретаріату Ради Європи було здійснено неофіційний переклад документа українською мовою, у 2010 році надруковано легку версію для читання зазначеного документу.

Для спостереження за виконанням положень зазначеного документа Комітетом міністрів Ради Європи у 2007 році було прийнято рішення щодо проведення щорічного Форуму, у роботі якого братимуть участь представники всіх держав-членів Ради. Представник України є постійним членом цього Форуму.

За результатами незалежної експертизи (у 2010 році) роботи країн - членів Ради Європи за перше п'ятиріччя Україну визнано, як одну з найперспективніших країн у втіленні положень Плану дій Ради Європи щодо покращення якості життя людей з обмеженими можливостями.

Крім того, Україну обрано членом Бюро Європейського Форуму з реалізації Плану дій Ради Європи «Сприяння правам і повній участі людей з обмеженими можливостями в суспільстві: покращення якості життя людей з обмеженими можливостями в Європі у 2006-2015рр.».

В рамках головування України в Комітеті міністрів Ради Європи з травня по листопад у 2011 року за фінансової підтримки Генерального Секретаріату Ради Європи в сфері соціальної згуртованості в червні 2011 року в Україні було проведено Європейську конференцію за темою «Імплементация положень Плану дій Ради Європи щодо сприяння правам і повній участі людей з обмеженими можливостями в суспільстві на 2006-2015 роки».

16 грудня 2009 року Верховною Радою України було прийнято Закон України «Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів та Факультативного протоколу до неї». Для України Конвенція про права інвалідів набрала чинності з 6 березня 2010 року. У зв'язку з цим прийнято зміни до Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Цими змінами передбачено введення терміну «дискримінація за ознакою інвалідності» та нової статті щодо відповідальності за порушення вимог цього Закону.

Луганським науково-дослідним інститутом соціально-трудових відносин Мінпраці провадиться соціологічне дослідження за регіонами України з метою виявлення проблем та перешкод, що заважають соціально-економічній інтеграції інвалідів до трудового та суспільного життя.

Одним із важливих напрямів державної політики у сфері соціального захисту населення є становлення державних стандартів і державних соціальних гарантій, які встановлюються законами та іншими нормативно-правовими актами.

З часу ратифікації Конвенції про права дитини Україна досягла значного прогресу як на шляху вдосконалення нормативно-правової бази, покликаної

забезпечити виконання положень Конвенції ООН про права дитини, так і в справі забезпечення цих прав на практиці.

Найголовніший закон — Конституція України — гарантує рівність у своїх правах дітей, незалежно від походження, а також від того, народились вони в шлюбі чи ні. Будь-яке насильство над дитиною та її експлуатація переслідуються законом. Утримання та виховання дітей, позбавлених батьківського піклування, покладаються на державу.

На основі Конституції прийнято низку законів та підзаконних актів, серед яких:

- Закон України «Про охорону дитинства», що визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіти, соціальний захист та всебічний розвиток, встановлює основні засади державної політики у цій сфері;

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності, довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, запобігання і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості;

- Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» визначає організаційні та правові засади соціальної роботи з дітьми та молоддю;

- Указом Президента України затверджено Національну програму «Діти України» — компетентний документ, у якому відповідно до положень Конвенції ООН про права дитини, ратифікованої Україною, зазначено основні напрямки державної політики стосовно дітей та закони щодо її реалізації центральними та місцевими органами виконавчої влади;

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Міжвідомчої комісії з питань охорони дитинства», яка сприяє реалізації державної політики у сфері охорони дитинства, забезпечує координацію дій у вирішенні питань, пов'язаних із

життєзабезпеченням та розвитком дітей, залученням їх до участі в політичному, культурному й духовному становленні держави;

- Цивільний кодекс України, яким визначається правоздатність, дієздатність громадян, які не досягли 18 років;

- Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», який відповідно до Конституції України встановлює гарантований державою рівень матеріальної підтримки сімей з дітьми шляхом надання грошової допомоги з урахуванням складу сім'ї, її доходів та віку дітей і спрямований на забезпечення пріоритету державної підтримки сім'ям з дітьми у загальній системі соціального захисту населення;

- Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», який гарантує дітям вищеназваної категорії право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом установаження державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму;

- Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.1994 р. «Про поліпшення виховання, навчання, соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування»;

- Конвенції: про мінімальний вік допуску дітей на роботу в сільському господарстві; про мінімальний вік для прийому на роботу; про медичний огляд дітей та підлітків з метою виявлення їхньої придатності до праці на промислових підприємствах; про обмеження нічної праці дітей та підлітків на непромислових роботах;

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження переліку важких робіт і робіт зі шкідливими і небезпечними умовами праці, на яких забороняється застосування праці неповнолітніх».

Очевидний той факт, що кризовий стан сучасного українського суспільства негативно відбивається на рівні здоров'я нації і, зокрема, дитячого населення. Зростання соматичних та нервово-психічних хвороб, криза таких соціальних інститутів, як освіта, охорона здоров'я та сім'я призвели до збільшення кількості

дітей, які мають порушення розвитку, тобто з якихось причин вони не відповідають загальноприйнятим критеріям.

Звідси витікає, що вибір шляхів розвитку ставлення суспільства до дітей з обмеженими можливостями сьогодні залежить не тільки від удосконалення системи спеціальної освіти та її наукового обґрунтування, але й від ціннісних соціальних орієнтацій, політичних установок, прийнятих соціокультурних норм суспільства, тобто того, що складає соціально-педагогічні основи цієї роботи.

Згідно з Конституцією України, кожному громадянину держави гарантовано право на працю, вільне обрання професії та можливість заробляти собі на життя працюю. Інваліди відносяться до уразливих груп населення, потребують соціальної захищеності через те, що їм важко конкурувати на ринку праці в сучасних економічних умовах.

Загальна декларація прав людини, прийнята резолюцією 217А (III) Генеральної Асамблеї ООН 10 грудня 1948 р., проголошує, що: кожна людина має право на працю, вільний вибір, справедливі та сприятливі умови праці та на захист від безробіття; кожна людина має право на освіту; освіта повинна бути безплатною, принаймні початкова і загальна; початкова освіта має бути обов'язковою; технічна та професійна освіта мають бути загальнодоступними, а вища освіта – однаково доступною для всіх відповідно до здібностей кожного.

Декларація про права розумово відсталих осіб, проголошена резолюцією 2856 (XXVI) Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1971р., свідчить, що розумово відстала особа має право на освіту, навчання, відновлення працездатності і підтримку, які дозволять їй максимально розвивати свої здібності і можливості. Декларація про права інвалідів, прийнята резолюцією 3447 (XXX) Генеральної Асамблеї ООН 9 грудня 1975р., проголошує право інвалідів на освіту, ремісничу професійну підготовку та відновлення працездатності, на допомогу, консультації, на послуги з працевлаштування та інші види обслуговування, які дозволять їм максимально проявити свої можливості та здібності і прискорять процес їх соціальної інтеграції або реінтеграції. Згідно з резолюцією 48/96 Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993р., необхідно організувати професійне навчання

інвалідів; державам слід визнавати принцип рівних можливостей в сфері початкової, середньої та вищої освіти для дітей, молоді та дорослих, які мають інвалідність; освіта інвалідів має бути невід'ємною частиною загальної освіти; необхідно забезпечити адекватний доступ і допоміжні послуги для задоволення потреб осіб з різними формами інвалідності; особливу увагу треба приділяти такій категорії, як дорослі інваліди, особливо жінки.

Основний принцип міжнародного регулювання праці - рівність у здійсненні прав і свобод людини. Рівність у праці виключає дискримінацію, під якою розуміється будь - відмінність, недопущення або перевага, що встановлюються за ознакою раси, статі, релігії, соціального походження, віку, сімейного стану, що приводять до порушення рівності можливостей у галузі праці і занять.

Відповідно до ст. 43 Конституції України кожен громадянин має право на працю. Інваліди володіють усією повнотою прав і свобод людини і громадянина. Проте свобода завжди полягає в можливості вибору. Свобода праці визначається можливістю людини вільно розпоряджатися своїми здібностями до праці, добровільно і свідомо обирати конкретні форми її застосування.

Особи, що мають фізичні, психічні чи розумові проблеми, певною мірою ізольовані від суспільства й позбавлені можливості вести повноцінний спосіб життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнім особливим потребам, зокрема у створенні безбар'єрної інфраструктури, забезпеченні безперешкодного доступу до інформації, професійного навчання, комунікації.

Тобто, прагнення інвалідів реалізувати своє право на працю на практиці пов'язане з необхідністю подолання численних соціальних проблем майже в усіх аспектах життєдіяльності цієї категорії населення. Це - проблеми медичної, психологічної та соціальної допомоги, пенсійного страхування, доступності архітектурних споруд і транспортних засобів, реалізації творчих здібностей, здобуття освіти, працевлаштування, комунікації (зв'язку, спілкування, отримання і надання інформації тощо), інші соціальні проблеми, зумовлені станом здоров'я та обмеженими можливостями осіб з інвалідністю .

Незважаючи на існуючі обмеження життєдіяльності, інваліди повинні мати рівні можливості для здійснення права на працю. Людина з інвалідністю - це насамперед людина. Її інвалідність - вторинна. Рівні можливості та рівне ставлення у сфері праці - це не привілеї чи особливі переваги, це права.

Виходячи з того, що людина з інвалідністю об'єктивно має специфічні додаткові труднощі, проблема створення відповідних умов для забезпечення їй рівних можливостей у сфері трудової діяльності та професійного навчання набуває відповідного специфічного змісту і певних особливостей. Обмеження життєдіяльності осіб з інвалідністю призводить до необхідності здійснення державою відповідних заходів щодо забезпечення інвалідам рівних умов для реалізації ними законодавчо визначених прав у сфері праці.

Держава повинна розв'язати проблему бар'єрів, що перешкоджають доступу інвалідів на ринок праці. Політика відносно осіб з обмеженими можливостями у нашій країні протягом багатьох років ґрунтувалася на принципах ізоляції і матеріальної компенсації, що породили незнання суспільством проблем інвалідів, невідповідність матеріально-технічної, соціальної, фінансової і правової бази для їх розв'язання та неготовність самих інвалідів до активної життєвої позиції.

Департаментом з міжнародних економічних та соціальних питань Секретаріату Організації Об'єднаних Націй в рамках Десятиріччя інвалідів ООН (1983 - 1992 рр.) підготовлений Посібник по забезпеченню рівних можливостей для інвалідів, рекомендований для використання консультантами урядів у сфері розробки національних програм з питань інвалідності. Згідно цього посібнику, освіта інвалідів повинна по можливості здійснюватися в рамках загальної шкільної системи, а відповідальність за їх навчання має покладатись на органи освіти. Системи освіти дітей та дорослих, які є інвалідами, мають бути індивідуалізовані, доступні для місцевого населення, бути всеохоплюючими і надавати можливість вибору. Треба забезпечити участь інвалідів у програмах навчання для дорослих, приділяючи особливу увагу сільським районам. Інвалідам треба надати можливість для отримання освіти на університетському рівні. Закони і постанови не повинні становити перепони зайнятості інвалідів. Для гарантування відповідного

працевлаштування на відкритому ринку праці треба надавати такі послуги, як оцінка професійної придатності, професійна підготовка.

Конвенція 142 Міжнародної організації праці «Про професійну орієнтацію та професійну підготовку в галузі розвитку людських ресурсів», прийнята в Женеві 4 червня 1975р. і ратифікована Україною 7 серпня 1979р., звертає увагу на всебічний та скоординований розвиток політики і програми професійної орієнтації та професійної підготовки, тісно пов'язані із зайнятістю, зокрема через державні служби зайнятості; надання змоги всім особам, в тому числі інвалідам, на основі рівності й без дискримінації, розвивати і застосовувати свої здібності до праці у своїх власних інтересах і відповідно до своїх прагнень, враховуючи потреби суспільства.

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів» законодавчо забезпечує здобуття інвалідами освіти і професійної підготовки. У відповідності з цим Законом, інший документ – Закон України «Про освіту» – проголошує, що громадяни України мають право на безкоштовну освіту в усіх державних навчальних закладах незалежно від будь-яких обставин, в тому числі стану здоров'я. Закон України «Про професійно-технічну освіту» надає інвалідам державні гарантії отримання професійно-технічної освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям, а також переважне право на зарахування до професійно-технічних навчальних закладів. 2 березня 2005 року постановою Верховної Ради України був прийнятий за основу проект Закону України «Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я», спрямований на створення законодавчої бази для задоволення потреб осіб з обмеженими можливостями здоров'я в отриманні освіти та створення сприятливих умов для їх адаптації та інтеграції в суспільство.

Умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної підготовки і перепідготовки, працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю визначає Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 6 листопада 2005р.

Не менш актуальним та слушним є визначення на законодавчому рівні в якості одного з розглянутих напрямків організаційно-правове регулювання спорту

інвалідів із визначенням статусу Національного комітету спорту інвалідів України. Так, Національний комітет спорту інвалідів України є всеукраїнською спілкою громадських організацій інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості, основним завданням якої є координація розвитку паралімпійського та дефлімпійського руху України, діяльності всеукраїнських спортивних федерацій інвалідів з різних нозологій, а також забезпечення підготовки та участі українських спортсменів у Паралімпійських, Дефлімпійських іграх, Глобальних іграх спортсменів з порушенням інтелекту та інших міжнародних спортивних змаганнях, що проводяться під патронатом Міжнародного паралімпійського комітету, Європейського паралімпійського комітету, Міжнародного олімпійського комітету, Міжнародного спортивного комітету глухих та Європейського спортивного комітету глухих, що діє на підставі статуту, який відповідає Конституції Міжнародного паралімпійського комітету, Міжнародного спортивного комітету глухих та законодавству України (ст. 24). При цьому основою правового статусу Національного комітету спорту інвалідів України у галузі спорту мають стати наступні права: виняткове право представляти Україну в міжнародному паралімпійському русі, на Паралімпійських іграх, у Міжнародному Паралімпійському комітеті, міжнародних Паралімпійських та спортивних організаціях; представлення громадського фізкультурно-спортивного руху інвалідів України у вищих органах державної влади та інших організаціях України; власна символіка із виключним правом на її використання та захист; розвиток матеріально-технічної бази спорту інвалідів України, у тому числі разом з Українським центром з фізичної культури і спорту інвалідів, забезпечення проведення фізкультурно-реабілітаційних і спортивних заходів серед інвалідів, вирішення питання участі національних збірних команд України в міжнародних спортивних змаганнях, надання допомоги спортивним федераціям інвалідів щодо проведення спортивної роботи серед інвалідів, надання всеукраїнським спортивним федераціям інвалідів статусу національної спортивної федерації [265].

У сучасному світі інвалідність розглядається як питання зі сфери прав людини, а не питання реабілітації або соціального забезпечення. На захист прав

інвалідів спрямована система загальних, спеціальних та індивідуальних прав і обов'язків осіб з інвалідністю.

Світовою наукою та практикою у сфері захисту прав інвалідів запропоновано новітній підхід до визначення правового статусу інвалідів. В основі цього підходу лежить ідея розширення прав усіх, а не тільки інвалідів. Це відкриває шлях до набору благ, якими людина може користуватися в суспільстві завдяки реалізації своїх прав і можливостей. На основі права людина може отримувати одні й відмовлятися від інших можливостей.

Відповідно до світових стандартів відбувається формування ставлення та розвиток системи захисту інвалідів у більшості цивілізованих країн світу. Цей процес розпочався в нашій державі прийняттям важливих документів, спрямованих на визначення правових засад життєдіяльності інвалідів.

Кожна держава відповідно до рівня свого розвитку формує соціальну та економічну політику по відношенню до інвалідів. Одним із основних критеріїв ефективності цієї політики має бути орієнтація на досягнення повної реабілітації - зняття статусу інваліда, або часткової реабілітації – переходу у більш легку групу інвалідності.

Держава гарантує соціальні права і свободи, які забезпечують людині гідний рівень життя та її соціальну захищеність. За своєю сутністю ці права і свободи є, з одного боку, вимогами до держави, а з іншого - її обов'язками щодо підтримання життя особи та її соціальної захищеності. Соціальні питання, при їх невирішеності, є одним з небезпечних джерел, пов'язаних з національною безпекою, самою суттю існування в майбутньому державних інститутів.

Під соціальним захистом необхідно розуміти комплекс правових, економічних і організаційних заходів, які здійснюють державні органи в різних сферах діяльності, спрямований на забезпечення доступу кожного члена суспільства до соціальних благ, усунення соціальної нерівності та підтримку найбільш незахищених членів суспільного життя. Соціальний захист має на меті поліпшення морального та матеріального забезпечення соціально вразливих верств населення, подолання бідності та зниження міри розшарування суспільства. Він включає

соціальне страхування; соціальну допомогу; державне пенсійне забезпечення; недержавне пенсійне забезпечення.

Правові заходи передбачають розробку та прийняття відповідних законодавчих і нормативних актів, що забезпечуватимуть ефективний соціальний захист населення; економічні - формування механізмів перерозподілу доходів, тобто стягнення податків та інших платежів, а також виплату соціальних трансфертів; організаційні - створення інститутів соціального захисту, які повинні керувати впровадженням зазначених заходів.

Результатом цих дій є стан захищеності або соціальна безпека як окремої особи, так і всього суспільства взагалі. Соціальну безпеку трактують як систему законодавчо-нормативних заходів з боку державних органів управління і відповідних установ, здійснюваних з метою забезпечення життєдіяльності окремої особи, різних соціально-демографічних груп та всього суспільства в цілому. Соціальна безпека базується на системі правових та соціальних гарантій - законодавчо закріплених прав.

Сутність та зміст правових гарантій соціального захисту інвалідів впливають із особливостей правового статусу інвалідів. Тому найперше необхідно визначитися з такими вихідними поняттями, як: «правовий статус особи», «структура правового статусу особи», «види правового статусу особи» тощо.

Правовий статус особи визначається системою закріплених у нормативно-правових актах і гарантованих державою прав, свобод, обов'язків, відповідальності, згідно з якими особа як суб'єкт права координує свою поведінку в суспільстві. З наведеного визначення випливає, що структура правового статусу особи може бути представлена такими компонентами, як: правосуб'єктивність; права; свободи; обов'язки; відповідальність [9].

Особа перетворюється на суб'єкта права не автоматично. Вона визнається такою законами держави і насамперед її конституцією. Для успішного реформування суспільства і держави в демократичному напрямі необхідно, щоб правовий статус особи був юридично чітким, включав у себе загальнолюдські досягнення в галузі прав людини.

Правовий статус мають будь-яка особа, відокремлені групи осіб, а також сукупність усіх осіб у суспільстві в цілому - громадянське суспільство (народ). Існують такі види правових статусів особи: загальний; спеціальний; індивідуальний.

Отже, правовий статус інвалідів в Україні визначається системою загальних, спеціальних та індивідуальних прав і обов'язків осіб зі стійким розладом функцій організму, що закріплені державою в законах і підзаконних актах.

Як стверджує О. Горова (2007), загальний правовий статус інваліда - це його статус як громадянина держави, члена суспільства. Він закріплений конституційно і законодавчо, є загальним, узагальненим і однаковим для всіх незалежно від національності, релігійних переконань, соціального стану, характеризується стабільністю і визначеністю. Цей статус передбачає рівність прав і обов'язків громадян, рівність їх перед законом. Він є засадничим для всіх, основою для набуття конкретних суб'єктивних прав, покладення обов'язків і несення відповідальності.

Спеціальний статус інваліда є загальним для всього кола осіб з інвалідністю. Він обумовлений особливостями становища особи і потребами її функціональної спеціальної активності. Цей статус означає додаткові права та звільнення від виконання окремих обов'язків, які забезпечують інвалідам рівні з іншими громадянами можливості в реалізації цивільних, економічних, політичних та інших прав і свобод, передбачених Конституцією України також відповідно до загальноновизнаних принципів і норм міжнародного права та міжнародних угод України.

Індивідуальний правовий статус інваліда - статус особи як індивідуума, що становить персоніфіковані права й обов'язки в їх конкретних, природних і набутих здібностях і особливостях (вік, родинний стан, стан здоров'я, релігійні переконання тощо), відрізняється мінливістю: змінюється відповідно до тих змін, що відбуваються в житті людини [9].

Право на соціальний захист та на допомогу з боку держави мають особи, яким у результаті експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України встановлено інвалідність.

У науковій літературі і на практиці склалися різні розуміння сутності інвалідності, взаємозв'язку інваліда і суспільства. Існує ряд класифікацій моделей інвалідності, що умовно розділяють на дві групи: японську та американську.

У першому випадку інвалідність розуміється як особиста проблема, а обмежені можливості розглядаються в контексті взаємозв'язку між окремою людиною та її вадами. Тобто інвалідність - це медична патологія, і саме цим інваліди відрізняються від здорових людей. Усі проблеми інваліда є наслідками цієї медичної патології, тому інвалід повинен пристосовуватися до суспільства і його умов. Така модель вважається хибною, оскільки згідно з нею відбувається приниження людей з обмеженими можливостями, домінує ставлення до них, як до неповноцінних [389].

В іншому випадку інвалідність розглядається як соціальна проблема, у центрі уваги якої перебуває взаємозв'язок між людиною і суспільством. Обмежені можливості розуміються як наслідок того, що соціальні умови звужують можливості самореалізації інвалідів, і суть проблеми інвалідності полягає в нерівності можливостей при проголошенні рівності прав [373].

Визначення інвалідності, сформульоване в сучасних вітчизняних законодавчих та нормативно-правових документах, включає в себе елементи обох підходів. На практиці інвалідність особи визначається шляхом установлення міри втрати здоров'я та ступеня обмеження життєдіяльності.

Міра втрати здоров'я визначається шляхом проведення медико-соціальної експертизи. На основі комплексного обстеження встановлюються: ступінь обмеження життєдіяльності особи; група інвалідності, причини і час її настання; рекомендації щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, заходів з профілактики інвалідності, реабілітації та пристосування інвалідів до суспільного життя.

Обмеження життєдіяльності виявляються у неможливості виконувати повсякденну діяльність способом та в обсязі, звичайних для людини, що створює перешкоди в соціальному середовищі.

Ступінь обмеження життєдіяльності - показник відхилення психофізичного розвитку особи від норми життєдіяльності. Критерії обмеження життєдіяльності визначаються повною або частковою втратою здатності чи можливості до самообслуговування, самостійного пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролювання своєї поведінки, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації і призводять до соціальної дезадаптації. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується наявністю в людини одного або поєднанням кількох зазначених найважливіших її критеріїв [248].

Виокремлюють три ступені обмеження життєдіяльності: I ступінь - помірно виражене, II ступінь - виражене, III ступінь - значне обмеження життєдіяльності. Залежно від міри втрати здоров'я та ступеня обмеження життєдіяльності існує три групи інвалідності.

Зроблений історичний екскурс проблеми дозволяє нам вважати, що сьогодні завдання інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями у соціально-економічне життя суспільства повинне розв'язуватися з урахуванням усього комплексу медичних, педагогічних, економічних, соціальних, психологічних і інших проблем, а також змінних соціально-економічних умов життя суспільства. У цьому комплексі названих компонентів важливе місце займають різні види діяльності й відповідно різні науки.

Правовий статус інвалідів - це система закріплених у нормативно актах і гарантованих державою прав, свобод, обов'язків, відповідальності, відповідно до яких інвалід як суб'єкт права координує свою поведінку в суспільстві. У підходах на основі прав людини пропонуються шляхи зміни соціального оточення і перетворення його в більш інклюзивне середовище, не допускається відторгнення інвалідів або їх ізоляція в спеціальних установах. Акцент з адаптації інваліда до «нормального» суспільного життя зміщується на зміну самого соціуму.

Особливий статус інвалідів, додаткові права та звільнення від виконання окремих обов'язків закріплені національним законодавством і задекларовані загально визнаними принципами й нормами міжнародного права та міжнародними угодами.

Новітній підхід до визначення правового становища інвалідів у сучасному світі ґрунтується на основі прав людини: аналізуються обставини за яких суспільство зараховує інвалідів у маргінальну групу, і пропонуються шляхи зміни соціального оточення й перетворення його в більш інклюзивне (різноманітне), не допускається відторгнення інвалідів або їх ізоляція в спеціальних установах. Таким чином, акцент зміщується з адаптації інваліда до «нормального» суспільного життя на завдання зміни самого соціуму.

Основним принципом державної політики щодо інвалідів залишається принцип доступності, який був проголошений в резолюції Генеральної Асамблеї 1997р. як пріоритетне завдання сприяння забезпеченню рівних можливостей для інвалідів. Доступність середовища - поняття загальне. Приділення цьому чиннику першочергової уваги є віддзеркаленням перенесення акценту з медичних аспектів інвалідності, з догляду за інвалідами, їх захисту і надання їм допомоги в адаптації до «нормальних» соціальних структур на застосування соціально-економічних моделей. Сприяння забезпеченню рівних можливостей здійснюється шляхом зміни середовища, розширення прав і можливостей інвалідів, їх участі в житті суспільства. Доступність - це не турбота про окрему соціальну групу, а найважливіша передумова для поліпшення становища всіх. Доступ - це не акт і не стан, а свобода вибору, що дає можливість увійти до якогось середовища, переміщатися в ньому, спілкуватися з ним або користуватися ситуацією.

Критерії універсальності доступу повинні враховувати соціальний контекст, конкретну ситуацію, в якій може перебувати людина, вікові й культурні чинники, результати аналізу взаємодії між людиною і середовищем.

Завданням держави є забезпечення соціального захисту і повної інтеграції інвалідів в економічне і суспільне життя, створення для них можливостей досягти однакового з іншими громадянами країни рівня життєдіяльності, у тому числі у сфері доходів, освіти, зайнятості, охорони здоров'я тощо.

Створення рівних можливостей - процес, за допомогою якого такі загальні системи суспільства, як фізична культура і спорт, житловий фонд і транспорт, соціальний захист й охорона здоров'я, освіта та працевлаштування, культура,

включаючи відпочинок, стають доступними для всіх. Державна політика щодо вирівнювання можливостей інвалідів повинна базуватися на принципі розбудови «суспільства для всіх». У «суспільстві для всіх» кожна людина зі своїми правами й обов'язками повинна відігравати важливу й активну роль. Основним принципом державної політики щодо забезпечення рівних можливостей для інвалідів залишаються принципи недискримінації, інтеграції та доступності.

Реабілітаційні заходи є дієвим механізмом соціального захисту інвалідів. Розвиток системи професійної та трудової реабілітації інвалідів в Україні дозволить забезпечити вирівнювання умов, необхідних для реалізації ними законодавчо визначених прав у сфері праці. Формування належних умов для професійної освіти, працевлаштування та ефективною зайнятості дозволить особам з інвалідністю повніше реалізувати свій потенціал, інтегруватись у суспільство, брати посильну участь у розбудові держави.

Україна, підтримуючи міжнародні стандарти у сфері визначення правового статусу інвалідів, створює національну правову та організаційну систему, покликану забезпечити захист прав інвалідів на повну реалізацію свобод і можливостей людини, громадянина.

1.3. Сучасний стан дітей і молоді з порушеннями ОРА як об'єкта та суб'єкта соціалізації

Щоб ефективно здійснювати й управляти процесом соціалізації, потрібна опора на соціально-психолого-педагогічні закономірності, що пояснюють специфіку розвитку особи з обмеженими психофізичними можливостями на всіх вікових етапах. Без урахування закономірностей психічного й особистісного розвитку інваліда як об'єкта й суб'єкта соціалізації остання буде становити собою лише звід правил і прийомів, позбавлених конкретного змісту. Зазначена обставина диктує необхідність розробки психолого-педагогічного портрету особи з порушеннями опорно-рухового апарату.

Психофізичний розвиток і соціалізація об'єктивно можуть відбуватися стихійно, спонтанно, внаслідок власного саморуху, і в таких випадках результати цих процесів далеко не завжди відповідають суспільно значущим сподіванням. Саме для того, щоб спрямувати процеси онтогенезу та соціалізації на досягнення позитивних результатів існує цілеспрямована педагогічна діяльність виховання, за допомогою якої одні люди, суб'єкти педагогічного процесу, можуть свідомо, кваліфіковано управляти становленням і розвитком особистості інших людей (об'єктів цього процесу), починаючи з ранніх етапів абілітації, і з урахуванням вікових особливостей та зміною соціальних функцій людини, а отже і суспільних вимог до неї, забезпечувати здійснення прямих або опосередкованих виховних впливів, при потребі протягом усього життя.

З розвитком свідомості людини, її здатності до самопізнання, самоуправління та самовдосконалення вона має все більше і більше з об'єкта зовнішніх виховних впливів перетворюватися на суб'єкт виховної діяльності, спрямованої на саму себе. Ця діяльність в таких випадках набуває характеру самовиховання, залишаючись при цьому управлінням власним розвитком і власною соціалізацією.

Коли ж процеси розвитку та соціалізації у своїй взаємодії суттєво ушкоджені, і звичайного виховання, орієнтованого на нормальний перебіг цих процесів, виявляється недостатнім, щоб забезпечити якісне управління абілітацією виховання має набути характеру корекційного (від лат. - *correction* - поліпшення,

виправлення)[327]. Корекційне виховання зменшує недоліки розвитку та соціалізації, попереджує виникнення небажаних новоутворень в особистості, створює спеціальні умови для формування її позитивних рис та якостей, розвиток та соціалізація якої відбувається на порушеній, специфічній основі. Саме корекційне виховання, за словами академіка В. Синьова (2010р.), цілеспрямовано і послідовно поліпшує розвиток і соціалізацію особистості у єдиному процесі її абілітації.

У психолого-педагогічній науці та практиці серед назв осіб (зокрема дітей) з порушеннями психофізичного розвитку використовувались такі терміни, як «дефективна дитина», «аномальна дитина», «дитина з вадами (чи порушеннями) розвитку». Нині в усьому світі ведеться пошук найгуманнішої термінології щодо дітей, які мають порушення в розвитку. Це широко вживані, але досить невизначені терміни: «діти групи ризику», «діти з особливими освітніми потребами», «діти, що погано адаптуються», «діти, котрі мають особливі права», «діти з обмеженими можливостями здоров'я». У сучасній літературі все більше використовується термін «діти з особливими освітніми потребами». Найбільш усталеним на сьогодні у вітчизняній літературі та державних документах є поняття «діти з порушеннями психофізичного розвитку» (А. Шевцов, 2009) [396].

Як би не називалася дитина з порушеннями психофізичного розвитку, стверджує В. Синьов, слід сказати, що в кожному терміні єдина суть: така дитина — це не менш розвинена, а своєрідно, інакше розвинена дитина. У зв'язку з цим видатний психолог Л. Виготський писав, що дефективна дитина - якісно відмінний, своєрідний тип розвитку. Як з кисню та водню виникає не суміш газів, а вода, так само особистість дитини з розумовими вадами є щось якісно інше, ніж звичайна сума недорозвинених функцій та властивостей. Дитина, розвиток якої ускладнений дефектом, не є просто менш розвинена, ніж її нормальні однолітки, діти, а інакше розвинена. Тобто коли використовують терміни «аномальна дитина», «дитина з вадами чи порушеннями розвитку», то це означає, що дитина має своєрідний розвиток.

Розглядаючи клініко-психолого-педагогічні характеристики особи з порушеннями опорно-рухового апарату, ми виходили з парадигм і теоретичних

підстав проблемної ситуації, груп ризику в проблемній ситуації, завдань вікового розвитку, суб'єктної складової педагогічної допомоги, моделі психолого-педагогічної допомоги, типології осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

Проблемна ситуація являє собою систематизуючий елемент «проблемного поля» педагогічної діяльності, її спрямованість на здійснення завдань практичної педагогічної роботи та на психолого-педагогічну підтримку осіб з обмеженими психофізичними можливостями [374]. Крім того, проблемна ситуація диктує спрямованість організації педагогічної допомоги особі з обмеженими психофізичними можливостями на проблемно-орієнтований підхід до неї, що означає вирішення проблем цієї особи з акцентом на усвідомлення, стимулювання й підтримку її власних здібностей і ресурсів [246]. Отже, проблемна ситуація акцентує увагу педагога на той факт, що особа з порушеннями опорно-рухового апарату є клієнтом психолого-педагогічної допомоги і супроводу.

Особа з порушеннями опорно-рухового апарату, як і «звичайна» людина, належить до певної вікової категорії. Віковий підхід у педагогіці будується так, щоб забезпечити умови сприятливого вирішення завдань вікового розвитку на кожному етапі життєдіяльності людини відповідно до норм цивілізованого суспільства. У руслі психолого-педагогічного супроводу осіб з порушеннями ОРА робота з ними на базі вікового підходу передбачає конкретну допомогу щодо вирішення завдань (проблем), які перед ними стоять.

Ми виходили з вікової періодизації, в основі якої лежить педагогічний підхід (вікова періодизація зазвичай співвідноситься з етапами соціалізації), а саме: дитинство або дитячі роки (від народження до 1 року), раннє дитинство (1-3 роки), дошкільне дитинство (3-6 років), молодший шкільний вік (6-10 років), молодший підлітковий (10-12 років), старший підлітковий (12-14 років), ранній юнацький (15-17 років) [182].

В основу періодизації вікового психічного розвитку у вітчизняній соціальній педагогіці закладені ідеї Д. Ельконіна про те, що кожний вік, як своєрідний і якісно особливий період життя людини характеризується особливостями умов, у яких вона

живе (соціальна ситуація розвитку), певним типом провідної діяльності, у якій переважно розвивається мотиваційно-потребнісна або інтелектуальна сфера особистості, і специфічними психологічними новотворами, що виникають завдяки цьому й формуються наприкінці періоду, серед яких виділяється центральний, найбільш значущий для наступного розвитку. Межами віків служать кризи - переломні моменти в розвитку дитини. Зазначені ідеї відповідають теорії розвитку Л.Виготського: розвиток - це, перш за все, виникнення на певному життєвому етапі нової якості або властивості - вікового новотвору, закономірно обумовленого всім ходом попереднього розвитку [53].

Особа з порушеннями опорно-рухового апарату є не тільки об'єктом психолого-педагогічної допомоги, але й її суб'єктом. В нашому розумінні за вживанням поняття «суб'єктність» стосовно особи з порушеннями опорно-рухового апарату приховується насамперед її здатність розвиватися в зоні потенційних можливостей. Тому особа з порушеннями ОРА, яка розглядається як об'єкт психолого-педагогічної допомоги, одночасно виступає й у ролі її суб'єкта, тобто молодій людині, яка формується в несприятливих умовах, прагне й здатна засвоїти всі моменти підтримуючого її психолого-педагогічного впливу.

Успішна реалізація завдань періодів вікового розвитку осіб з порушеннями опорно-рухового апарату припускає глибоке знання й урахування на практиці суб'єктами педагогічної роботи як основних чинників і умов, від яких залежить ефективний розвиток психіки, так і рушійних сил цього розвитку. Вона залежить від психолого-педагогічної допомоги, яка передбачає й ураховує: *фактор часу* для більш ефективного розвитку (своєрідність розвитку вторинного порушення залежить від терміну виникнення первинного дефекту; чим раніше будуть ужиті заходи корекції вторинного порушення, тим більша ймовірність включення психолого-педагогічних механізмів їх руйнування); *фактор соціальної депривації* (вчасно не здійснена психолого-педагогічна корекція труднощів призводить до вираженої вторинної мікросоціальної й педагогічної занедбаності (низки розладів в емоційній і особистісній сферах, пов'язаних з постійним відчуттям неуспіху); *закономірність*, пов'язану з положенням про принципову можливість відновлення

постраждалих функцій, і насамперед вищих психічних функцій (теорія Л. Виготського), за рахунок перебудови функціональних систем, що є їхньою фізіологічною основою (психіка дитини з обмеженими можливостями виникає не первинно - з самого фізичного дефекту, але вторинно - з тих соціальних наслідків, які викликані фізичним дефектом; для зменшення цих наслідків або ж їх усунення потрібні соціально-педагогічні засоби, які, усуваючи або послабляючи наслідки вторинних порушень, створюють зовнішні й внутрішні умови для безболісного входження дитини в складний світ соціальних відносин, для компенсації фізичного недоліку за допомогою формування нових форм поведіння й відновлення порушеного соціального зв'язку з життям).

Захворювання опорно-рухової системи численні й різноманітні. Причиною цих захворювань є запальні і дистрофічні процеси, а також механічні пошкодження кісток і суглобів. В даний час відомо і класифікуються майже 100 спільних синдромів ОРА. Вони більш поширені, ніж туберкульоз, рак, діабет і хвороби серця, разом узятих. Захворюваннями ОРА страждає у середньому 20% населення, а після 55 років відсоток збільшується до 80% [66].

Не зважаючи на різноманітність вроджених і придбаних захворювань і травм опорно-рухового апарату більшість осіб з пошкодженнями рухової системи мають схожі проблеми. Провідною клінічною картиною є моторний дефект (затримка, дозрівання, порушення або втрата моторних функцій). Деякі з осіб з цією хворобою не мають порушень у розвитку пізнавальної діяльності і не вимагають спеціальної підготовки та освіти. Але всі вони потребують спеціальних житлових умов, навчання та подальшого працевлаштування.

Процес соціальної адаптації таких осіб має два напрямки. Перший має на меті пристосувати до людини з інвалідністю навколишнє середовище за допомогою спеціальних технічних засобів пересування й предметів побуту. Другий спосіб адаптації такої людини - пристосувати її до звичайних умов соціального середовища.

У працях багатьох дослідників доведено, що існує більш ніж 400 чинників, які впливають на розвиток центральної нервової системи плоду людини (особливо в

період до 4 місяців внутрішньоматкового розвитку): інфекційні захворювання матері: мікробні, вірусні (в останні роки збільшилася поширеність вірусних neuroinfection - таких, як грип, герпес, chlamydiasis і т. д.); соматичні, гострі і хронічні захворювання матері (серцево-судинна система, ендокринні порушення); серйозні toxicosis вагітності; несумісність на резус фактор або груп крові; травми плоду; тютюнокуріння, алкоголізм; екологічні фактори; родова травма; асфіксія; патологічні фактори, які діють на організм дитини на першому році життя: нейроінфекції (менінгіт, енцефаліт); травми голови дитини; захворювання після щеплень; ДЦП як наслідок внутрішньоутробної та родової патологій [26].

Фахівці серед дефектів опорно-рухової системи виділяють: а) хвороби нервової системи: поліомієліт, церебральний параліч; б) вроджені дефекти опорно-рухового апарату: вроджені дислокації стегна, кривошия, клишоногості та інші викривлення постави, порушення хребта (сколіоз), дефекти кінцівок, аномалії пальців кисті (artrogripoz); в) придбані захворювання і кістково-м'язові травми: наслідки травм спинного мозку і кінцівок, поліартритів, скелетні захворювання, (туберкульоз, osteomyelitis, кіста, пухлини), системні захворювання скелету (hondrodistrofiâ, рахіт); г) більшість осіб з опорно-руховою патологією (майже 89%) складають діти з діагнозом ДЦП - хворобою, яка часто призводить до інвалідності [47].

Отже, поняття порушення функцій опорно-рухового апарату носить збірний характер і містить у собі рухові розлади, що мають органічне центральне або периферичне походження. Причини цих розладів можуть бути генетичними, а також вони можуть виникати внаслідок органічного ушкодження головного мозку та різноманітних травм. Залежно від характеру захворювання й ступеня виразності дефекту таких осіб вони представлені такими категоріями: особи з церебральним паралічем (ДЦП); з наслідками поліомієліту у відновленій або резидуальній стадії; з міопатією; з уродженими й придбаними недорозвиненнями й деформаціями опорно-рухового апарата.

Клініко-психолого-педагогічні особливості осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату розкриті в роботах В. Григоренка, М. Єфименка,

М. Іпполітової, Е. Каліжнюк, Г. Кузнецової, І. Мамайчук, О. Мастюкової, Б. Сермеєва, Н. Симонової та ін.

До порушень опорно-рухового апарату (ОРА) відносять поліомієліт, дитячий церебральний параліч, ампутацію кінцівок, хребтово-спинальну травму і таке інше. Суттєве значення у психології осіб з даними вадами має група інвалідності. Так, наприклад, С. Попов виділив психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА залежно від групи інвалідності:

1. Інваліди I групи з дитинства - психологічно найменш сприятливий контингент. Самооцінка їх низька, відношення до людей суперечливе. З одного боку, їм властива емоційна незрілість, з іншою - їх обтяжує положення опікуваних.

2. Інваліди II групи з дитинства відрізняються відносною психічною стабільністю. У них вище, ніж у інших інвалідів, самооцінка; вони відчують себе найбільш особистісно сильними, найменше виражена депресивність. У цієї категорії інвалідів міжособистісні відносини взагалі стабільні і благополучні, вони не виглядають відгородженими, ізольованими від інших людей. Ці інваліди краще уловлюють нюанси взаємин з оточуючими, найбільш пластичні в спілкуванні. Правда, за цим зовнішнім благополуччям стоїть, як показали дослідження, індиферентність, байдужість до оточуючих, недостатня емоційна включеність у взаємини з товаришами. Характерною для них є установка на своєрідну співпрацю з інвалідами інших нозологій, розподіл на «своїх» та «чужих», причому «чужі» свідомо оцінюються нижче, ніж інваліди зі «своїм» захворюванням. Така установка, звичайно, ускладнює спілкування.

3. Інваліди III групи з дитинства унаслідок порушень опорно-рухового апарату, здавалося б, через незначність вираженості дефекту повинні найкращим чином пристосуватися до життя в суспільстві. Проте насправді все це є прямо протилежне: у цих інвалідів виявляється значна психологічна дезадаптація, їх самооцінка суперечлива. Зовні, на усвідомленому рівні вона завищена, проте це лише компенсація глибоко лежачого, неусвідомленого почуття неповноцінності, відмінності від інших. Їх загальне відношення до оточуючих більш негативне, ніж у інвалідів I і II групи з дитинства. При цьому їх міжособистісне сприйняття

найменше диференційоване, вони менш пластичні в міжособистісних контактах. Таке психологічне неблагополуччя інвалідів III групи з дитинства пояснюється їх невизначеним, «проміжним» положенням між хворими і здоровими людьми.

4. Особливу категорію складають інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, придбаніми в дорослому віці. Ці люди пережили кризу, деформацію звичних відносин з навколишнім світом. У них, як і у інвалідів III групи з дитинства, загальне відношення до оточуючих негативне, ніж у інших категорій інвалідів. Особливо складні і суперечливі їх відносини з близькими людьми. Насторожує в них їх пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити [47,63,86].

За останні роки захворюваність, яка призводить до інвалідності, серед дітей в Україні зросла на 19,2%. Основними причинами кризисного стану є погіршення екологічного становища, зростання травматизму, розповсюдження наркоманії, алкоголізму серед молоді, високий рівень захворювання серед батьків; недосконалість статистичного переліку осіб, які потребують соціального захисту і підтримки; недостатність мережі медико-генетичних, психолого-педагогічних послуг, центрів діагностування, консультацій для батьків; дефіцит кваліфікованих кадрів.

Відомо, що захворювання опорно-рухового апарату в загальній структурі вад розвитку складають близько 30%. У дітей першого року життя найчастіше зустрічаються природжені вади розвитку (кривошия, клишоногість, дисплазія кульшового суглобу та інші деформації кистей та стоп). З віком зростає питома вага деформацій хребта та грудної клітки. За даними ПМПК **80%** дітей молодшого шкільного віку мають різні порушення постави (слабкість м'язів спини, сутулість, крилоподібні лопатки та ін.); з них **55%** дітей мають сколіоз різних ступенів тяжкості та форм.

Стисло зробимо спробу охарактеризувати деякі порушення опорно-рухового апарату. Порушення постави найчастіше виникають у дітей молодшого та середнього шкільного віку. Це відбувається через постійну перенапругу м'язів спини під час навчального-виховного процесу. Гіподинамія та нераціональне харчування порушують баланс м'язів, що відповідають за підтримку спини. Ця тенденція

(сколіотична постава, сколіоз) зберігається у підлітковому та юнацькому віці і створює базис для проявів остеохондрозу надалі.

До стопи людини, органу опори і руху тіла, пред'являються дуже високі вимоги. Переймаючи на себе весь тягар тіла при стоянні і при рухах, стопа людини грає важливу роль в правильному стоянні і збереженні рівноваги тіла при всіляких рухах. Стопа є, по-перше, опорним; по-друге, «ресорним» (пом'якшувальним поштовхи) органом і, по-третє, органом, що бере участь в рухах тіла.

Хребет витримує велике статичне і динамічне навантаження, що відбивається на його побудові. Він має чотири вигини, унаслідок чого його профільний контур утворює хвилеподібну лінію. Вигини, повернуті опуклістю вперед, носять назви лордозів, а повернуті опуклістю назад - кіфозів. Розрізняють лордози шийний і поперековий, а кіфози - грудний і крижовий. Вони пов'язані з вертикальним положенням тіла людини. Природні вигини хребта діють як пружина. Поштовхи під час ходьби та бігу нівелюються біологічними амортизаторами - міжхребетними дисками, які не лише скріпляють окремі хребці один з одним, не даючи їм стикатися, але і забезпечують гнучкість і еластичність рухів хребта.

Профілактика природжених деформацій опорно-рухового апарату поки ще має певні складнощі. Але якщо їх своєчасно розпізнавати, то вони можуть бути вилікувані як в дитячому, так і дорослому віці. Тільки відновлення рухів, розпочате на ранніх етапах захворювання, дає можливість запобігти інвалідності. Досвід свідчить, що такий підхід необхідний у всіх випадках статико-функціонального розвитку опорно-рухового апарату. Несвоєчасне виявлення призводить до прогресування порушень і деформації із ростом дитини. В основі раннього виявлення початкових симптомів ортопедичних хвороб лежать певні знання розвитку кожної дитини та необхідність своєчасного ретельного огляду стану ОРА.

Аналіз причин несприятливих результатів психофізичного реабілітування дітей з переломами кісток та пошкодженнями суглобів показує, що багато помилок і ускладнень зв'язано з недостатнім рівнем знань анатомо-фізіологічних особливостей опорно-рухового апарату дітей. Основними особливостями дитячих тканин є, перш за все, їх еластичність і пружність, що пом'якшує дію травмуючих чинників на

дитячий організм. Так, зважаючи на велику пружність кісткової тканини дітей, міцності окістя, переломи кісток із зсувом відламків в дитячому віці зустрічаються рідше, ніж у дорослих. З цієї ж причини скелету дітей властиві неповні переломи по типу «зеленої гілки» або «гумової трубки», що не зустрічаються у дорослих. Анатомічні особливості будови дитячого скелета обумовлюють і багато інших типових пошкоджень у дітей, не характерні для дорослих людей, і, навпаки, багато пошкоджень, що часто виникають у дорослих, не характерні для дітей.

Виражена еластичність зв'язкового апарату у дітей сприяє тому, що під час травми зв'язки в якійсь мірі більше піддаються розтягуванню, ніж розриву. Параепіфізарні ділянки кісткової тканини у дітей, багаті розгалуженою мережею кровоносних судин, менш міцні і під впливом аналогічної травми поступаються по міцності зв'язковому апарату. Тому ізольовані травматичні вивихи у дітей — відносно рідкісне явище, а частіше спостерігаються переломовивихи і остеоепіфізеолізи.

Деформації шиї, для яких є характерним невірне положення голови, об'єднуються під загальною назвою «кривошия» (torticollis). Більшість випадків кривошиї є вродженою вадою і має м'язове походження. За даними більшості авторів, м'язова кривошия за частотою складає третє місце після вродженого вивиху стегна та клишоногості. В загальній структурі ортопедичних захворювань у дітей вроджена м'язова кривошия складає близько 25%. Провідним елементом патогенезу кривошиї є патологічні зміни грудино-ключично-сосцевідного м'язу які ведуть до його фіброзного переродження. Електронно-мікроскопічні дослідження, які були проведені на кафедрі дитячої хірургії НМУ ім. О. Богомольця (В. Скибан, 1978) довели, що причиною їх виникнення є вроджена дисплазія м'язу. Диспластично змінені м'язи починають відставати в темпах росту, в порівнянні із здоровою стороною. Напруга скороченого м'язу викликає зближення місць його прикріплення. Це викликає нахил голови в бік ураження, та одночасний поворот у протилежну сторону. Так виникає основний симптом захворювання – хибне положення голови.

Класичне положення голови при м'язовій кривошії можна легко розпізнати, починаючи з другого місяця життя. В той же час, з'являються і вторинні деформації – асиметрія черепа та обличчя. В шийному відділі хребта поступово формується кіфоз, або сколіоз. Своєчасно не діагностована м'язова кривошия у віці 3-6 років викликає значну геміоплазію скелету обличчя. У процес деформації залучаються всі кістки черепа, особливо нижня щелепа, виникає так званий «сколіоз обличчя». Компенсація хибного положення голови здійснюється за рахунок підйому надпліччя з боку ураження, так і за рахунок бокового зміщення голови в напрямку ураженого м'язу.

Труднощі диференціальної діагностики м'язової кривошії від інших форм кривошії можуть виникати при наступних захворюваннях: кісткові форми кривошії внаслідок вродженого порушення сегментації в шийному відділі хребта, наявності додаткових шийних ребер, наявності патологічних змін (остеомієліт, пухлина) в хребцях шийного відділу; дисмогенні форми кривошії, як наслідок запальних процесів в м'яких тканинах (лимфоденіт, флегмона та ін.); нейрогенні форми кривошії в наслідок родової черепно-мозкової травми, спастичних паралічів, енцефалітів; компенсаторні форми кривошії при порушеннях зору та слуху.

Треба пам'ятати про можливість випадків двобічної м'язової кривошії. Для двобічної м'язової кривошії характерною є поза «голова висунута вперед», шийний лордоз збільшений, рухи головою обмежені. Неоднакова ступінь змін ураження м'язів може викликати помилкове встановлення діагнозу тільки однієї кривошії. При тяжких формах кривошії можливе розтинання м'язу з обох кінців (біполярна міотонія).

Консервативне лікування треба розпочинати відразу після встановлення діагнозу. Комплекс процедур включає коригуючі укладки, лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапію. Провідними є вправи лікувальної гімнастики пасивного характеру на протязі перших 2-3 місяців після народження. Виконується по 20-30 плавних поворотів голови дитини в бік ураження, та стільки ж нахилів в протилежну сторону, фіксуючи на декілька секунд в положенні досягнутої корекції.

Клишоногість - вимушене положення стопи яке супроводжується підшвенним згинанням, опущенням зовнішнього краю стопи та приведенням її переднього відділу. Вроджена клишоногість за частотою виявлення (36%) займає друге місце серед вад розвитку опорно-рухового апарату у дітей. В Україні вроджена клишоногість зустрічається у 0,6% новонароджених. Двобічна клишоногість зустрічається вдвічі частіше ніж одnobічна. Хлопчики страждають на вроджену клишоногість вдвічі частіше ніж дівчата. Близько 15% дітей з вродженою клишоногістю мають супутні вади розвитку опорно-рухової системи (кривошия, вроджений звих стегна, сіндактілія, сколіоз).

Питання щодо визначення причин, внаслідок яких виникає вроджена клишоногість, залишається невирішеним до цього часу. Деякі автори вважають чинником, що викликає розвинення вродженої клишоногості тиск з боку матки на стопу ембріона, або ембріогенних перетяжок; інші пов'язують деформацію з пороком первинної закладки. Є теорія, яка обґрунтовує ваду розвитку недорозвиненням малогомілкових м'язів. На основі вищевикладеного можна вважати клишоногість поліетіологічним захворюванням.

Патологічні зміни відбуваються в сумочно-зв'язочному апараті підтаранного та надступаковогомілковому суглобах, м'язах гомілки, апоневрозі підшви, кістках стопи та гомілки. Сьогодні остаточно не вирішене питання щодо первинних та вторинних ознак деформації при клишоногості. Клінічна діагностика вродженої клишоногості у новонароджених внаслідок типової клінічної картини не має труднощів. Деформація стає наявною відразу після народження дитини. Основні ознаки клишоногості: опущення зовнішнього та підйом внутрішнього краю стопи (*supinatio*), положення згинання в надступаковогомілковому суглобі (*equinus*), приведення переднього відділу стопи (*adductus*) та виникаючий перегиб стопи (*inflexus*) дозволяють відразу акушеру та педіатру встановити вірний діагноз.

При виявленні вродженої клишоногості треба ретельно оглянути новонародженого, для того щоб з'ясувати чи не супроводжується вона іншими вадами розвитку опорно-рухового апарату. Іноді клишоногість є одним із проявів такого важкого системного вродженого захворювання як артрогрипоз. Для

артрогрипозу досить часто буває характерна так звана «нещаслива тріада» - клишоногість, косорукість та звих стегна.

Анатомічні зміни щодо взаємовідносин кісток стопи, які мають місце після народжування дитини, поглиблюються при відсутності своєчасного лікування. Особливо змінюється положення таранної кістки. Зв'язки та суглобові сумки з внутрішнього боку стопи зморщуються, грубіють. Збільшується хибний вплив патологічно змінених м'язів (переднього та заднього великогомілкового, триголового, довгого згинача пальців, та довгого згинача 1 пальця). Вроджена клишоногість порушує функцію не тільки стопи, а всієї кінцівки. Як наслідок, зменшується фізична активність дитини, подавляється його психологічний стан.

Консервативне лікування клишоногості необхідно розпочинати відразу після народження дитини. На протязі перших двох-трьох тижнів треба обережно виконувати пасивну коригуючи гімнастику для стопи. Вправи виконують чотири-п'ять разів на добу за 5-10 хвилин до годування. Утримуючи стопу обома руками, здійснюють 20-30 рухів в напрямку усунення основних компонентів деформації (приведення, супінацію, згинання). Розпочинаючи з третього-четвертого тижня основним методом лікування клишоногості є етапне коригуюче гіпсування. В основу даного методу покладено поступове розтягування контрагованих, зморщених м'яких тканин внутрішньо-підшвеної поверхні стопи (суглобових сумок та зв'язок, м'язів що згинають стопу та пальці, здійснюють супінацію та приведення переднього відділу).

В залежності від ступеню клишоногості термін гіпсування складає від 6-8 тижнів до 9-12 місяців. Після завершення гіпсування, з метою попередження рецидиву деформації, на протязі тривалого часу (6-12 місяців, а іноді і більше) треба застосовувати пластмасові шини (ортези) для ходи та нічного сну. Для попередження можливого рецидиву доцільно наряду з використанням ортезів проведення курсу фізіотерапії (ванни, парафін, озокерит, масаж, лікувальна гімнастика) та вживання ортопедичного взуття. Ортопедичне взуття треба використовувати до завершення росту стопи.

Після виконання втручання стопа приймає відразу правильне положення та не має тенденції до рецидиву деформації. Тривала іммобілізація гіпсовими пов'язками (на протязі 3-4 місяців) сприяє перебудові стопи та формуванню її правильної форми. В подальшому необхідно користуватися ортезами та ортопедичним взуттям.

При рецидивах клишоногості у дітей віком старше 12-13 років (коли завершується інтенсивний ріст стопи) виконують коригуючі резекції кісток стопи. Гіпсова іммобілізація триває на термін 3-4 місяця. Підтримка кінцівки ортезом необхідна в термін 9-12 місяців (до завершення повної перебудови кісток стопи). Використання апаратів зовнішньої фіксації дозволяє поступово усунути компоненти клишоногості та сприяє виконанню більш економної резекції кісток стопи.

Вроджені вади розвитку грудної клітини зустрічаються приблизно у 1 з 1000 дітей. Серед усіх деформацій грудної клітки найчастіше зустрічається лійкоподібна деформації (90%). Серед інших деформацій грудної клітки слід назвати кілевідну деформацію, аномалії розвитку ребер, незрощення грудини та сполученні варіанти.

Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК) – вада розвитку, яка проявляється в різних за глибиною та формою викривленнях грудини та ребер, що приводить до зменшення об'єму грудної порожнини, зміщенню органів грудної клітки, викривленню хребта. Деформації виникають після дисплазії сполучної тканини. Іноді діти з деформаціями грудної клітки мають інші системні прояви дисплазії сполучної тканини (сколіоз, плоскостопість, пролапс мітрального клапану та ін.). Крім суттєвого косметичного недоліку, який викликає виникнення стійкого комплексу неповноцінності, ЛДГК приводить до функціональних порушень серцево-судинної та дихальної систем.

Для визначення ступеня деформації використовують індекс Гижицької – це результат поділу найменшої відстані між задньою поверхнею тіла грудини і передньою поверхнею тіл хребців на найбільше. Цю відстань вимірюють згідно рентгенограм грудної клітки в боковій проекції. За класифікацією виділяють чотири основних ступені індексу Гижицької (1 - від 0,9 до 0,7; 2 - від 0,7 до 0,5; 3 - від 0,5 до 0; 4 - від 0 до -0,5).

Перша та друга ступінь ЛДГК викликають тільки косметичний дефект та не порушують серцево-судинної та дихальної систем. Наявність ЛДГК третього або четвертого ступеню неодмінно супроводжується функціональними розладами, які виявляються при проведенні обстеження (зменшення життєвої та залишкової ємкості легень, регургітація крові в мітральному та трикуспідальному клапанах серця та ін.).

Завдяки високим компенсаторним можливостям дитячого організму ці порушення починають мати явні клінічні прояви та турбувати їх частіше всього тільки в пубертатному і постпубертатному віці. До цього віку діти не мають ніяких скарг не дивлячись на значне зміщення та стиснення органів грудної порожнини деформованими грудиною та ребрами.

Таким чином, не дивлячись на те, що у більшості дітей з ЛДГК переважають скарги тільки на косметичний недолік, треба не забувати, що корекція западіння грудини та ребер в дитячому віці є запобіганням виникнення значних функціональних порушень життєво-важливих органів в подальшому. Корекція ЛДГК можлива тільки за допомогою оперативного втручання. Ніякі фізичні вправи не можуть повністю виправити деформацію грудної клітки.

Кілевидна деформація грудної клітки (*pectus carinatum*), або куряча груди, є вродженою деформацією грудної клітки, що характеризується випинанням попереду грудини та ребер. Досить часто вада успадковується і є складовою частиною генетичного синдрому. Звичайно деформація виявляється після народження та прогресує із віком. Деформація може бути симетричною і асиметричною. При асиметричній формі хрящові відділи ребер підіймають грудину з одного боку та вона скривлюється по осі. Іноді зустрічаються комбіновані форми, коли верхня частина грудини піднята, а нижня із реберними дугами западає.

Функціональні розлади, як правило, відсутні. При синдромальних формах і при значному зменшенні об'єму грудної порожнини можливі скарги на швидку втому, задишку, серцебиття при фізичному навантаженні. Показання до оперативної корекції виникають в основному у дітей старше 5 років при наявному косметичному дефекті.

Аномалії ребер мають прояви у вигляді деформації або відсутності окремих реберних хрящів, роздвоєння та зрощенні, деформації груп реберних хрящів, відсутності або широкому расходженні ребер. Роздвоєння грудних відділів ребер (ребро Люшке) звичайно має вигляд щільного утворення виступаючого поруч з грудиною.

Синдром Поланда завжди має одностороннє ураження та характеризується аплазією або гіпоплазією ребер, великого та малого грудного м'язів, аплазією або гіпоплазією соска та молочної залози у дівчаток. Діагноз встановлюється на основі огляду. Для уточнення стану ребер використовують рентгенографію. При наявності значного дефекту виконують пластику реберного дефекту із використанням аутотрансплантації ребер із протилежної сторони. Можливе використання транспозиції вище та нижче розташованих ребер. Для заміщення відсутніх м'язів переміщують частину найширшого м'язу спини. При дефектах із порушенням дихання (парадоксальне) операцію виконують в ранньому віці.

Незрощення (розщеплення) груднини може бути різним за довжиною та шириною. Іноді має місце повне розщеплення груднини. В таких випадках відмічено парадоксальний рух органів середостіння, які покриті тільки шкірою. Дефект виявляється відразу після народження дитини. Функціональні розлади (порушення дихання, ковтання) можуть мати загрозу для життя. Операцію виконують в ранньому віці.

Переломи кісток і пошкодження суглобів верхньої кінцівки складають до 70% всіх переломів і вивихів у дітей (А.Корж, Н.Бондаренко, 1994). Дані пошкодження відрізняються великою різноманітністю, складністю в діагностичних, лікувально-тактичних і прогностичних відносинах. При пошкодженнях верхньої кінцівки у дітей можливий розвиток такого важкого ускладнення, як ішемічна контрактура Фолькмана, яка дорівнюється втрати кінцівки. Анатомічні особливості будови скелета у дітей зумовлюють цілий ряд типових пошкоджень верхньої кінцівки, не характерних для дорослих людей. Головною особливістю переломів кісток верхньої кінцівки в дитячому віці є найрізноманітніші пошкодження тих ділянок скелета, за рахунок яких здійснюється основний зріст кісток: епіфізеолізи, остеоепіфізеолізи,

епіфізарні та епіметафізарні переломи. Наслідками таких пошкоджень можуть бути порушення зросту і розвитку кісткового сегменту, що необхідно враховувати при прогнозуванні результатів після травми епіметафізарної росткової зони.

Клінічна діагностика переломів кісток і пошкоджень суглобів верхньої кінцівки у дітей, особливо раннього віку, нерідко буває утруднена зважаючи на відсутність конкретних скарг постраждалого, неточною вказівкою на обставини одержаної травми або неможливістю збору анамнезу, неспокійною поведінкою дитини. Проведення додаткового обстеження (рентгенографія) у дітей також не завжди представляє легку задачу у зв'язку з утрудненнями в його технічному виконанні та інтерпретації одержаних даних.

Пошкодження великих суглобів верхньої кінцівки займають одне з провідних місць серед травм опорно-рухового апарата дітей. Найбільша частота пошкоджень припадає на ліктьовий суглоб. На другому місці знаходяться пошкодження дистального епіметафіза кісток передпліччя, і на третьому – переломи та остеоепіфізеолізи проксимального відділу плечової кістки. Внаслідок пошкодження суглобів верхньої кінцівки часто спостерігається значне та тривале обмеження рухової функцій, що утруднює самообслуговування постраждалих. Ушкодження суглобних поверхонь і суглобової сумки, післятравматичні деформації призводять до розвитку стійких контрактур і важкого артрозу.

Переломи кісток і пошкодження суглобів нижньої кінцівки відносяться до числа поширених травм у дитячому віці та відрізняються великою різноманітністю, складністю в діагностичних, лікувально-тактичних і прогностичних відносинах. Анатомічні особливості будови скелета у дітей зумовлюють цілий ряд типових пошкоджень нижньої кінцівки, не характерних для дорослих людей. Головною особливістю переломів кісток нижньої кінцівки в дитячому віці є найрізноманітніші пошкодження тих ділянок скелета, за рахунок яких здійснюється основний зріст кісток: епіфізеолізи, остеоепіфізеолізи, епіфізарні та епіметафізарні переломи. Наслідками таких пошкоджень можуть бути порушення зросту і розвитку кісткового сегменту, що необхідно враховувати при прогнозуванні результатів після травми епіметафізарної росткової зони.

Клінічна діагностика переломів кісток і пошкоджень суглобів нижньої кінцівки у дітей, особливо раннього віку, нерідко буває утруднена зважаючи на відсутність конкретних скарг постраждалого, неточною вказівкою на обставини одержаної травми або неможливістю збору анамнезу, неспокійною поведінкою дитини. Проведення додаткового обстеження (рентгенографія) у дітей також не завжди представляє легку задачу у зв'язку з утрудненнями в його технічному виконанні та інтерпретації одержаних даних.

Пошкодження кісток тазу у відсотковому відношенні становлять лише 2-3% від всіх травм у дітей. Однак, нерідко сполучаючись із ушкодженнями внутрішніх органів і переломами інших локалізацій, вони супроводжуються розладом загального стану й становлять серйозні турботи по лікуванню потерпілих і попередженню несприятливих результатів.

Пошкодження великих суглобів нижньої кінцівки займають одне з провідних місць серед травм опорно-рухового апарата дітей. У функціональному відношенні суглоби нижньої кінцівки є найбільш навантажуваними ділянками опорно-рухового апарату. Цим обумовлюється значне обмеження опорної та рухової функцій кінцівки, що настає в наслідок пошкодження суглоба. Ушкодження суглобних поверхонь і суглобової сумки, післятравматичні деформації призводять до розвитку контрактур, хронічної нестабільності і важкого артрозу.

Пошкодження хребта в дитячому віці до недавнього часу не вважалися частим видом травми, оскільки їх питома вага в структурі дитячого травматизму складала 2-3%. Однак внаслідок поглибленого вивчення причин і механізму виникнення переломів тіл хребців у дітей, накопичення досвіду і навиків оцінці рентгенограм з урахуванням особливостей формування дитячих хребців, останнім часом питома вага розпізнавання цих складних пошкоджень значно зросла – до 8-9%. Це пояснюється зростанням активності дітей, збільшенням кількості важких, зокрема дорожньо-транспортних травм, і, головним чином, вдосконаленням методів інструментальної діагностики.

Прийнято вважати, що еластична хрящова тканина, переважаюча в тканинних структурах дитячого хребта, пом'якшуючи силу травми, є достатнім стримуючим

чинником, якій застерігає їх від пошкодження. Проте численні наслідки пошкоджень хребта у дітей, що виявляються у віддалені терміни спостереження, цього не підтверджують. Зменшення висота тіл хребців і міжхребцевих дисків з явищами остеохондрозу обумовлюють надмірні кіфотичні деформації і бічні викривлення хребта.

Серед основних причин сколіозу можна виділити порушення внутрішнього розвитку (або вроджений сколіоз), плоскостопість, перенесений рахіт, порушення постави. Також сколіоз може виникнути у людей з захворюваннями тазостегнового суглобу (найчастіше при яких зміщені кістки тазу).

Про те, що сколіоз — це викривлення хребта — знають навіть діти. Але не всі розуміють, наскільки небезпечним може бути це захворювання. Сколіоз приводить не лише до анатомічних дефектів грудної клітини, але і до того, що порушується функціонування внутрішніх органів. Формування, наприклад, круглої спини, схожої з хворобою Шейерман-Мау, внаслідок пошкодження грудних хребців у дітей, дають підстави вважати, що однією з причин розвитку юнацького кіфозу можуть служити численні мікротравми і множинні не діагностовані компресійні переломи тіл грудних хребців.

Дегенеративно-дистрофічні ураження суглобів складають одну з найбільш важливих проблем сучасної ортопедії та травматології дитячого віку. При значному різноманітті форм порушень і проявів захворювання не до кінця з'ясована їх етіологія, лікування є складним і не завжди обґрунтованим. Захворювання характеризуються прогресуючим плином, вираженим порушенням опорної і рухової функції, обумовлюючи високий рівень інвалідності. Тільки в початкових стадіях захворювання комплексне лікування, у тому числі оперативне втручання, можуть сповільнити прогресування захворювання. При важких порушеннях потрібні досить травматичні і складні реконструктивні операції або артропластика (ендопротезування).

Число осіб, що страждають дегенеративно-дистрофічними захворюваннями суглобів щорічно збільшується. Однією з причин цього є збільшення частоти уроджених захворювань тазостегнового суглоба диспластичного генеза. В останнє

десятиліття значно виросло число хворих з після травматичними дегенеративно-дистрофічними поразками суглобів. Усе це визначає значимість проблеми.

Поліомієліт - захворювання, що викликається вірусом, який вражає сіру речовину спинного мозку, і одержало назву від локалізації запального процесу в передніх рогах спинного мозку. Проте при поліомієліті страждають також ядра стовбура, кора великих півкуль, підкіркові утворення, мозочок, м'які мозкові оболонки. Вірус потрапляє в організм людини через брудні руки, заражені харчові продукти, мухи також можуть переносити вірус. Існує певна сезонність захворювання - переважно літній період. Хворіють переважно діти перших років життя [225].

Клінічно поліомієліт виявляється млявими паралічами. Характерна надзвичайна мозаїчність і асиметрія ураження. При двосторонньому паралічі або парезі зміни звичайно більш виражені з одного боку. При поліомієліті дитина має рухові розлади, найбільш виражені в проксимальних відділах кінцівок. Активні рухи дитина виконає прикладаючи значні зусилля, амплітуда їх звичайно обмежена через м'язову слабкість. Відзначаються дряблість, гіпотрофія й гіпотонія м'язів, зниження або відсутність сухожильних рефлексів, спостерігається різке порушення опорної функції ніг. Хворі не можуть стояти, ходити або роблять це зі значними зусиллями. Завдяки тотальній імунізації дітей спалахи захворювання зараз відсутні, а одиничні випадки протікають атипово [258].

Ампутація - це операція видалення периферичного відділу кінцівки. Термін ампутація частіше застосовується щодо операції з видалення частини кінцівки при перетині її між суглобами [283]. Ампутацію роблять при повному або частковому відриві кінцівки; важких ушкодженнях, пов'язаних з розривом головних судин, нервів, роздробленням великої кількості кісток, м'язів; при гангрені кінцівки, відмороженнях і інших захворюваннях, а також при злоякісних новоутвореннях (саркома, рак).

На думку Н. Лакосиної та Г. Ушакова, людина, що втратила руку або ногу, страждає від того, що на її дефект звертають увагу навколишні. У неї рідше, ніж при іншій патології виникає почуття відрази до себе. Такі люди стають уразливими,

дратівливими, чутливими, страшаться з'являтися на людях, різко обмежують контакти з навколишніми, нерідко міркують про самогубство. У випадках шкірних змін і деформацій обличчя в пацієнтів до перерахованих психологічних проявів приєднується почуття сорому, бридливості й побоювання, що навколишні стануть уникати їх у силу страху заразитися [377].

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - це непрогресуюча рухова неповноцінність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч - це швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, чим хвороба [80]. Основу клінічної картини ДЦП становлять рухові розлади - паралічі, насильницькі рухи, порушення координації рухів. Порушується онтогенетична послідовність рухового розвитку, активується патологічна тонічна рефлекторна активність, що приводить до підвищення м'язового тону й формуванню патологічних поз. Розпадається формування механізмів підтримки рівноваги при стоянні й ходьбі, формується патологічний руховий стереотип, неправильні установки тулуба, кінцівок, а пізніше - контрактури й деформації.

Причини (25 %) пов'язані з генетичними недоліками розвитку (наприклад, мутації, хромосомна аберація); (50 %) пов'язані з недоношеністю, травмами або ятрогенними наслідками (лікарська помилка); (5 %) обумовлені інфекціями; у (20 %) етіологія випадків залишаються невідомою. Ймовірно, що багато випадків дитячого церебрального паралічу спричинені «набором» багатьох несприятливих чинників. Дитячий церебральний параліч - це лише одна з декількох неповносправностей, які можуть спричинитись пошкодженням або вадою центральної нервової системи. До інших неповносправностей належать епілептичні приступи, розумова відсталість, сенсорні порушення та інші прояви. Рухова неповносправність часто домінує, привертючи увагу і приховуючи непорушені розумові здібності у осіб з дитячим церебральним паралічем.

Для дітей із церебральним паралічем характерні розлади емоційно-вольової сфери. Емоційні розлади при різних формах ДЦП проявляються по-різному. На думку, Е. Калижнюк та В. Ковальова, це можуть бути важкі негроподібні

порушення та психопатоподібні порушення на фоні органічного ураження ЦНС, які нерідко проявляються при спастичній диплегії та геміпаретичній формі ДЦП. Також І. Мамайчук зазначає, що у дітей та підлітків із ДЦП можуть спостерігатися емоційні розлади у зв'язку з наявністю фізичного дефекту, вихованням по типу гіперопіки чи ранньої соціальної та психічної деривації [109]. Як зазначають С. Дуванова, Н. Трофімова та інші вчені, емоційні розлади у одних дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні, в інших -у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязкості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Так, почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується із плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які підсилюються в новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді відзначається радісний, піднятий настрій зі зниженням критики (ейфорія) [142].

У дітей з церебральним паралічем своєрідна структура особистості. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Вчені О. Мастюкова та К. Семенова вважають, що найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму.

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і визиває затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору і таке інше. У дітей з церебральним паралічем достатній інтелектуальний розвиток часто супроводжується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний психічний розвиток дитини з ДЦП.

Для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. Особливо гостро постає ця проблема в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають підлітку з обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками. На думку Т. Скрипник, у розвитку

особистості дитини з обмеженими можливостями є два типи перешкод. Перший тип - це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади дитини, другий - вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість [330].

Вивчаючи особливості Я-концепції дорослих інвалідів О. Купрева [181], у своєму дослідженні, дійшла до наступних висновків:

1. У віддаленому періоді після ампутацій кінцівок фізичний дефект впливає на «Я-концепцію», а саме: спричиняє розвиток негативного самоствавлення, неприйняття власного «Я», зниження рівня самоповаги, самоінтересу, що виявляється у компенсаторно завищеній самооцінці. У молодих інвалідів зазнає змін, перш за все, емоційно-оцінкова складова «Я-концепції», що виявляється у зниженні аутосимпатії, негативному самоствавленні та підвищеному самозвинуваченні. У інвалідів старшого віку найістотніші зміни відбуваються у когнітивній складовій «Я-концепції».

2. У інвалідів, які знаходяться у віддаленому періоді після ампутацій превалюють дезадаптивні гомогенні типи ставлення до власного фізичного дефекту: анозогнозичний - ігнорування, заперечення, активне відкидання думок про наявність та наслідки фізичного дефекту; ергопатичний - відхід від дефекту в роботу, надцінне, стеничне ставлення до неї, та змішані типи ставлення до власного фізичного дефекту. Поєднання протилежних станів (анозогнозії, іпохондрії, тривожності, дисфорії) у змішаних типах ставлень свідчить про суперечливість структури особистісних ставлень.

3. У внутрішній картині дефекту молодих інвалідів 20-35 років переважає афективно-емоційне ставлення до власного фізичного дефекту, тоді як у інвалідів у віці 36-50 років у суб'єктивній картині дефекту превалює раціональна оцінка дефекту. Вищий рівень тривожності спостерігається у групі молодих інвалідів 20-35 років.

4. Для досліджуваних з фізичним дефектом типовими є істотні проблеми в сфері міжособистісних стосунків. Схильність ворожо сприймати навколишніх людей, перевага неконструктивних типів міжособистісних взаємодій, значна ідеалізація близьких людей посилює їх орієнтацію в міжособистісних стосунках на

вужке коло значущих людей. Це в багатьох випадках призводить до соціальної ізоляції, відмежування від соціального оточення та втрати навичок конструктивної взаємодії з ним [172].

Зупинимось детальніше на тих бар'єрах, які більш характерні для підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Інтелектуальні бар'єри можуть виникати внаслідок різного інтелектуального рівня партнерів і також різних типів інтелекту. Загальний рівень інтелектуального розвитку деяких підлітків із фізичними вадами нижче ніж у здорових. Наприклад, О. Мастюкова та К. Семенова вважають, що характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму. У цих дітей спостерігаються більш виражені порушення інтелектуальної діяльності з інертністю психічних процесів і недостатністю логічного мислення [225].

На наявність естетичного бар'єру вказує І. Трухін [375], що може вставати на шлях взаєморозуміння між підлітком із фізичними вадами та його однолітками. Відомо, що в підлітковому віці важливого значення набуває власний зовнішній вигляд та його співрозмовника, також особливості мови та манери поведінки. А зважаючи на те, що для підлітків цієї категорії порушень характерно наявність зовнішньо вираженого фізичного дефекту, то цей бар'єр в даному віці набуває особливого значення.

Мотиваційний бар'єр - це такі обставини, які роблять спілкування нецікавим або непотрібним, наприклад неприємною темою розмови для підлітків з фізичними дефектами може виступати стан та перспективи здоров'я, зовнішній вигляд, потенційні можливості і таке інше. Т. Власова, вказує на те, що бідність морального досвіду дітей з церебральним паралічем затримує формування усвідомлення мотивів поведінки, адекватної оцінки наслідків своїх вчинків [46].

Під емоційним бар'єром розуміють небажання спілкування внаслідок антипатії до партнера. О. Мастюкова вважає, що підвищена емоційна збудливість може супроводжуватися з порушеннями поведінки у вигляді афективних вибухів, іноді з агресивними проявами [226]. Як зауважує, Т. Власова, незрілість емоційно-вольової сфери дітей в старшому шкільному віці перешкоджає соціальній адаптації. Ознаки

цієї незрілості проявляються в інтересі до ігрової діяльності, слабкості вольового зусилля [45]. Всі ці емоційні особливості підлітка можуть бути причиною негативного ставлення його до однолітків.

По-перше, естетичний бар'єр, який проявляється у наявності фізичних вад підлітка. Зовнішнє вираження фізичного дефекту спричиняє виникнення психологічного відчуження у спілкуванні та взаємодії, як зі сторони дорослих так і зі сторони однолітків підлітка. Оскільки підлітковий період характеризується підвищеною чутливістю до будь-яких фізичних, особливо зовнішнє виражених недоліків. Власний фізичний дефект підліток негативно переживає у кілька разів сильніше, ніж у будь-який інший віковий період. По-друге, інтелектуальний, у дітей із фізичними вадами можливі різноманітні інтелектуальні порушення від легких до важких форм. Чим важче те чи інше інтелектуальне порушення, тим більше ускладнюється або порушується комунікативний процес. По-третє, різні мовленнєві дефекти, такі як, дизартрія, брадилалія і таке інше, можуть виникати внаслідок органічних, психогенних чи соціально-психологічних причин, що виражаються у мовленнєвому бар'єрі. Вищенаведені комунікативні бар'єри певним чином взаємопов'язані між собою. Деякі фізичні вади можуть спричиняти мовленнєві дефекти, наприклад коли параліч уражає центральний чи периферичний відділ мовленнєвого аналізатора. Інтелектуальні порушення, у свою чергу, також визивають фізичні та мовні розлади [53].

Комунікативні бар'єри виникають в основних сферах розвитку особистості, а саме в сім'ї, школі та групі однолітків. Наявність хворої дитини в сім'ї спричиняє порушення механізмів її функціонування. Наприклад, поява неповної сім'ї, частіше всього це відсутність батька або виховання дитини бабусею, неадекватний стиль виховання і таке інше. Також збільшення сімейних конфліктів, які виникають на ґрунті проблем хворої дитини.

Часто комунікативні бар'єри порушують та ускладнюють спілкування з однолітками. Зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення та мовні дефекти обмежують та деформують процес спілкування підлітка з однолітками, значно зменшують кількість товаришів та друзів. Коло інтересів та рівень знань

здорових дітей і дітей із фізичними вадами в підлітковому віці дещо різняться. Для підлітків із фізичними вадами характерна певна інфантильність, здорові підлітки з часом починають втрачати інтерес у спілкуванні з ними та формується своєрідна соціальна ізоляція. О. Мастюкова також вказує на те, що однією з причин порушень спілкування у дітей з відхиленнями у розвитку може бути настанова батьків на ізоляцію дитини від колективу здорових однолітків. Тому важливо, щоб батьки розширювали коло спілкування дитини [47].

Як зазначає, Т. Баранова, група однолітків - це той індикатор, той соціалізуючий фактор, коли вже стає ясно, яким шляхом піде підліток - соціалізації чи десоціалізації. Спілкування з тими, хто володіє таким же, як у нього, життєвим досвідом (другом), дає можливість підлітку дивитися на себе по-новому. Саме через дружбу він засвоює риси високої взаємодії людей: співробітництво, взаємодопомога, ризик заради іншого і таке інше. Дружба в цьому віці, завдяки прагненню підлітків до взаємної ідентифікації підвищує конформність у взаєминах [96]. На жаль, більшість підлітків із фізичними вадами позбавлені повноцінного спілкування, яке має викривлений характер. В перспективі повноцінне спілкування з однолітками в підлітковому віці набагато суттєвіше для збереження психічного здоров'я, ніж такі фактори, як розумовий розвиток, шкільна успішність чи взаємини з педагогами.

Таким чином, особи з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як об'єкти корекційно-реабілітаційної допомоги потребують серйозної психолого-педагогічного супроводу. Основними цілями такої роботи є: надання особам з порушеннями ОРА медичної, психологічної, педагогічної, логопедичної й соціальної допомоги, забезпечення максимально повної й ранньої соціальної адаптації, загального й професійного навчання. Дуже важливий розвиток позитивного ставлення до життя, суспільства, родини, навчання й праці. Важлива умова - комплексність впливу - погодженість дій фахівців різного профілю: невропатолога, психоневролога, лікаря ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, соціального педагога. Необхідна їх спільна позиція при обстеженні, лікуванні, психолого-педагогічній, логопедичній і соціально-педагогічній корекції.

Практичне комплектування спеціальних закладів, тобто відбір аномальних дітей, здійснюють психолого-медико-педагогічні консультації. Відповідними положеннями встановлено склад Центральної, республіканської, обласної, міської та районної ПМПК.

З метою комплексного всебічного вивчення дитини медико-педагогічні комісії використовують різні методи психолого-педагогічного обстеження: бесіду з дитиною, спостереження за її діяльністю (зокрема ігровою), аналізу стану шкільних знань і навичок (читання, письма, лічби, розв'язування задач), експериментальне дослідження пізнавальних процесів (завдання на порівняння, узагальнення, класифікацію та ін.).

Резюмуючи сказане в цьому параграфі, треба визначити, що без глибокого знання клініко-психолого-педагогічних особливостей осіб з порушеннями опорно-рухового апарату як об'єкта й суб'єкта психолого-педагогічної допомоги остання буде являти лише звід правил і прийомів, позбавлених конкретного змісту.

Усі особи з порушеннями опорно-рухового апарату мають поряд зі специфічними клінічними особливостями й загальні особливості педагогічного плану, що відображають останній етап еволюції в галузі теорії й історії педагогіки в поглядах на осіб з обмеженими психофізичними можливостями: від рівних прав до рівних можливостей; від «інституалізації» й «диференціації» до інтеграції.

При визначенні об'єктів корекційної роботи слід орієнтуватися не лише на наявність органічної патології, але, перш за все, на глибину і сталість порушень розвитку та соціалізації, які можуть бути викликані й іншими (в тому числі, й не відомими, не встановленими) причинами.

Корекційно-реабілітаційний вплив необхідно системно поєднувати зі спеціальними засобами медичної, психологічної, інженерно-технічної реабілітації, створенням умов для соціальної підтримки людини з порушеннями ОРА та її родини. Такі впливи можуть бути як прямі, безпосередні, так і опосередковані (шляхом залучення об'єкту корекції у спеціально створені умови діяльності і поведінки), але вони завжди мають бути цілеспрямованими, науково обґрунтованими, надійними і гуманістичними.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Молодь з порушеннями опорно-рухового апарату має, як відомо, стати соціально дезадаптацією, що обмежує можливість їх інтеграції в суспільство, яке перебуває у процесі постійної системної трансформації. Особам з порушеннями опорно-рухового апарату потрібні спеціальні, економічні, юридичні, соціальні та медичні гарантії, і це завдання надзвичайно актуалізується в період соціальної нестабільності в сучасному українському суспільстві.

Сучасна державна політика щодо соціального захисту людей з функціональними обмеженнями здоров'я у всьому світі визнала за основоположний принцип створення для них рівних умов і рівних можливостей для інтеграції в суспільство. Тому проблема дослідження особливостей життєдіяльності осіб з порушеннями опорно-рухового апарату є надзвичайно актуальною, особливо враховуючи глибинні соціальні трансформації.

Досліджуючи проблеми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, ми прийшли до висновку, що саме інтеграція є суттєвим фактором гарантії їх стабільності в суспільстві. Разом з тим існує низка перешкод на шляху до повної соціалізації людей з інвалідністю у сучасному суспільстві.

Держава гарантує людям з порушеннями опорно-рухового апарату і цивілізоване житло, і доброзичливе ставлення суспільства, і високу якість реабілітаційних послуг, і пристосоване для вільного пересування середовище, і робочі місця і т. ін. Але, на превеликий жаль, ці гарантії не виконуються у повній мірі. Саме тому людям з обмеженими фізичними можливостями здоров'я доводиться самим долати всі перешкоди, самотійно знаходити шляхи задоволення матеріальних та духовних потреб і реалізації особистих можливостей.

Виявлення науково-теоретичних основ соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату передбачало, по-перше, історико-педагогічний аналіз проблеми соціалізації дітей і молоді даної категорії; по-друге, вивчення суттєвих характеристик соціалізації як особливого виду діяльності; по-третє, визначення

особливостей дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату як об'єкта та суб'єкта соціалізації.

У широкому загальнонауковому контексті проблема, що вивчається, носить яскраво виражений міждисциплінарний характер, оскільки акумулює в собі фонд наукових знань загальної, соціальної, спеціальної психології й педагогіки. Шлях становлення й розвитку системи відносин суспільства та його громадян з обмеженими психофізичними можливостями складається з цілої низки етапів: від агресії й нетерпимості до осіб з фізичними недоліками через усвідомлення необхідності визнання інвалідів, можливості їх навчання, визнання прав осіб з вадами розвитку, до створення рівних можливостей і умов для самовизначення. Процес історичного розвитку показав, що на зміну спеціальним реабілітаційним установам закритого типу поступово приходять сучасні педагогічні корекційно-реабілітаційні системи відкритого типу (центри ранньої соціальної реабілітації, центри соціальних служб для молоді і ін.), що відповідають змінам суспільства щодо прав і можливостей осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Не дивлячись на деякі відмінності у формулюваннях понять соціалізації, реабілітації, інтеграції, більшість дослідників визначають соціалізацію осіб з порушеннями опорно-рухового апарату як процес комплексний, систематичний, цілеспрямований, метою якою є максимально можливе входження цих осіб в соціальне життя.

Становлення процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату як складного та багатоаспектного педагогічного феномена обумовлено визнанням двох педагогічних парадигм (гуманістична парадигма виховання та соціальна парадигма). Перша парадигма базується на рівноцінності, повазі та довірі до осіб з обмеженнями психофізичного розвитку. Головною ідеєю другої парадигми є гармонізація взаємодії інвалідів з соціальним середовищем. Науково-теоретичною основою соціалізації є теорія й практика діяльності професіоналів, які орієнтуються на розвиток у осіб з порушеннями ОРА свободоздатності, саморозвитку та самореалізації. Корекційно-реабілітаційний процес як основа соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА передбачає: по-перше, індивідуально орієнтовану

комплексну допомогу особам з порушеннями ОРА у реалізації первинних базових потреб; по-друге, створення умов для максимально вільної реалізації заданих природою фізичних, інтелектуальних, емоційних здатностей і можливостей, характерних саме для цього індивіда; по-третє, сприяння інвалідам у їх творчому самоздійсненні, у розвитку здатності до життєвого самовизначення.

Педагогічний смисл соціалізації осіб з порушеннями ОРА пов'язується зі створенням адекватних умов соціального корекційно-реабілітаційного середовища, необхідних для розвитку та саморозвитку дітей і молоді з вадами психофізичного розвитку, розкриття та реалізації їхніх внутрішніх сил, формування здібностей до самостійних дій і вільного вибору. Теоретичний аналіз суттєвих характеристик соціалізації осіб з порушеннями ОРА з позиції усунення перешкод, які не дозволяють успішно самостійно просуватися цим особам вперед у своєму саморозвитку, дозволив виділити суб'єктивні (особистісні) перешкоди, які переживає людина з інвалідністю, недостатність (фізичного, психічного розвитку, знання, досвіду, засобів діяльності) для досягнення необхідного результату; соціальні перешкоди, які пов'язані з негативним ставленням суспільства до осіб з фізичними дефектами, проблемами спілкування, низьким соціальним статусом; матеріальні перешкоди, пов'язані з відсутністю достатньої матеріальної та ресурсної бази для створення та функціонування програм, проектів, закладів реабілітації та слабкої адресної матеріальної підтримки сімей осіб з обмеженими психофізичними можливостями. Подолання цих перешкод становить специфічні завдання соціалізації даної категорії людей.

Розроблені в сучасній педагогічній науці принципи забезпечення процесу соціалізації та етапи її здійснення призводять до висновку про те, що цей процес може здійснюватися тільки в тих випадках, де є сприяння, супровід, співробітництво, що сприяють саморозвитку, самодіяльності, самоіндифікації, самопізнанню, самовизначенню, самореалізації особистості людини з порушеннями ОРА. Корекційно-реабілітаційна діяльність - це безперервний педагогічно-організований процес з урахуванням специфіки розвитку особистості дітей і молоді з порушеннями ОРА на різних вікових етапах, у різних прошарках суспільства та за

участю всіх соціальних інститутів і всіх суб'єктів корекційно-реабілітаційного середовища. Усебічний аналіз різних наукових підходів до професійної діяльності з людьми, які мають обмеження психофізичного розвитку, дозволив визначити, що соціалізація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату це особливий вид корекційно-реабілітаційної діяльності, яка полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем дітей і молоді з вадами ОРА з метою реалізації їх прав на повноцінний розвиток і яка ґрунтується на індивідуально орієнтованій допомозі та співробітництві суб'єктів корекційно-реабілітаційного середовища.

Нами визначено, що без глибокого знання клініко-соціально-психолого-педагогічних особливостей осіб з порушеннями ОРА як об'єктів і суб'єктів процесу соціалізації остання буде являти лише звід правил і прийомів, позбавлених конкретного змісту. Розгляд клініко-психолого-педагогічних характеристик осіб з порушеннями ОРА в нашому дослідженні ґрунтується на теоретичних парадигмах і підставах (проблемній ситуації, групі ризику в проблемній ситуації, завданнях вікового розвитку, моделі соціалізації, типології дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями. Процедура виділення напрямків розвитку дітей і молоді з порушеннями ОРА як об'єктів і суб'єктів процесу соціалізації складається з чинників психічного й особистісного розвитку; вторинних порушень в психіці як результату впливу соціального чинника; стану психологічного й психічного здоров'я; співвідношення «норми» і «патології» в особистісному розвитку; орієнтацією на загальні тенденції в розвитку, що характерні для кожного вікового періоду.

РОЗДІЛ 2

СТАН І СПЕЦИФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ І МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

2.1. Алгоритм і зміст комплексного дослідження специфічних особливостей психофізичного розвитку та соціалізації осіб з порушеннями ОРА

Як зазначив Л. Виготський, «дефект людини – явище соціально-біологічне, тому його компенсація повинна стати не тільки внутрішнім, але й соціально опосередкованим процесом» [56]. Саме тому проблема пошуку шляхів для інтеграції людей з обмеженими можливостями здоров'я на сучасному етапі розвитку українського суспільства є одним з найважливіших і найгуманніших завдань соціальної політики в умовах нестабільності та глибинних трансформаційних зрушень.

З метою вивчення динаміки змін у стані здоров'я осіб з ПОРА, нами була розроблена та практично опанована обласна система персоніфікованого обліку. Паралельно із визначенням фізіологічних чинників нозологічної структури осіб з ПОРА, яка впливає на побудову і протікання реабілітаційного процесу, під час експерименту ретельно вивчалися соціальні складові: соціальний статус сім'ї, здатність інвалідів до розвитку тонкої моторики, мови, рівень соціально-емоційного розвитку, навичок самообслуговування, стан грубої моторики, пізнавальні здібності (пам'ять, увага, мислення, число, грамота, час).

Огляд дитини має бути ретельним і послідовним. Спочатку ми виявляли грубі порушення, а потім оглядали прилеглі відділи опорно-рухового апарату. Виявлялася патологічна установка і зміна осі кінцівок, викривлення тулуба, порушення конгруентності суглобів. Крім того, виявлявся стан м'язів, зв'язкового апарату, зіставлялися видимі порушення у здоровій і хворій кінцівках. При огляді ми звертали увагу на стан шкірних покривів, який може бути змінений при різній патології.

Проблеми психолого-педагогічної діагностики дітей дошкільного віку з вадами психофізичного розвитку зберігають свою актуальність протягом останніх десятиліть, незважаючи на велику кількість досліджень у цій галузі. Різні підходи й методи діагностики процесу підготовки дітей з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання дозволяють більш успішно вирішувати практичні завдання корекції психофізичних вад дитини її навчання в загальноосвітній школі.

Ю. Гільбух, В. Загвязинский, А. Капська, Г. Карпова, Г. Лактіонова, Ю. Максименко, В. Максименко, В. Паніотто, В. Тесленко, Г. Цехмістрова, С. Харченко розкривають поняття соціально-педагогічної діагностики як методологічного інструменту, що дає управлінським органам необхідні знання, на основі яких розробляються різні педагогічні прогнози і проекти, вивчається суспільна думка і морально-психологічний клімат у суспільстві [384].

Загальна схема технології здійснення діагностики містить у собі такі етапи:

- попереднє ознайомлення з об'єктом, що припускає одержання достовірного уявлення про предмет вивчення, виявлення його сильних і слабких сторін, можливих напрямів змін й удосконалення;

- проведення загальної діагностики: постановка завдань, виділення складу діагностованих ситуацій, визначення нормативних параметрів ситуацій, вибір методів діагностування;

- проведення спеціальної діагностики за кожною з узятих для заглибленого дослідження проблемою, вимірювання і аналіз усіх необхідних показників;

- побудова висновків, на основі яких робиться підсумок [214].

Ми припускаємо, що метою нашої діагностичної роботи, спрямованої на вирішення питань ефективної підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до реалізації корекційних програм є отримання необхідної інформації про дитину, а також про рівень оволодіння дитиною навичками діяльності (спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленнєвого розвитку, особливостях реагування на свої недоліки; вміння долати труднощі; зосередженість, організованість, самостійність).

Діагностика, за визначенням Н.Сейко, „... це комплексний процес виявлення та вивчення причинно-наслідкових зв'язків і взаємин у суспільстві, які характеризують рівень його розвитку... ” [319].

Метод педагогічних спостережень ґрунтується на безпосередньому сприйманні педагогічних явищ і процесів у цілісності та динаміці. „ Як метод наукового пізнання спостереження дає можливість одержувати первинну інформацію у вигляді сукупності емпіричних тверджень ” [322].

Метод анкетування дасть змогу доповнити один метод іншими з метою доведення гіпотези дослідження [340]. Метод бесіди в нашій діагностичній роботі припускає застосування його з метою уточнення визначення даних дослідження, які не були отримані попередніми методами [348].

Метод вивчення документів і результатів діяльності дозволять нам відновити реальну дійсність досліджуваних явищ для їх глибокого аналізу, порівнянь, зіставлень, класифікацій [360].

Метод педагогічного експерименту надасть змогу в нашому дисертаційному дослідженні відокремити явище, що вивчається; цілеспрямовано змінювати умови педагогічного впливу на дітей; оперативно зібрати великий фактичний матеріал; повторювати окремі педагогічні явища приблизно в однакових умовах [369].

Діагностичний метод вивчення продуктів діяльності дитини дасть нам можливість проаналізувати продукти зображувальної і конструктивної діяльності дитини (малюнки, аплікації, ліплення, об'ємні зображення, конструкції), музичної діяльності (виконавство і творчість у пісні, гра на музичних інструментах), мовленнєво-творчої діяльності (творчі розповіді, переказування літературних творів, складання казок тощо) [375].

Метод математичної статистики дасть можливість провести кількісний аналіз одержаних результатів та обробити отримані дані експеримент [43].

Оцінка фізичного стану дитини – це не одноразова процедура, дитину слід повторно оглянути, через певні проміжки часу регулярно. Після кожного такого огляду розробляється програма корекції фізичних вад. Про успішність розробленої програми можна дізнатися після повторного обстеження дитини через шість місяців,

коли виявиться, що поставлені цілі були досягнуті. Після цього встановлюються нові цілі і вносяться відповідні зміни в програму корекції.

Спостереження за дитиною дає можливість оцінити рухові дії в таких положеннях: положення „лежачи на спині”, положення „лежачи на животі”. Положення „сидячи”, можливість дитиною приймати положення колінно-кистьове, положення стоячи, ходьба, засоби пересування. При такій оцінці також враховується осанка (голова, плечі, руки, тулуб, таз, стегна, коліна, ступні).

При оцінці функціональних навичок корисно фіксувати такі деталі:

- *дата оцінки навичок* - записується дата, коли проводилась оцінка кожного функціонального навичку, тому що потрібно оцінювати їх через деякий час ще раз;

- *положення* - записується в якому положенні дитина виконує певні дії. Якщо дитину будь-хто підтримує, потрібно це вказати, і за яку частину тіла його підтримують. Якщо підтримку дитини забезпечує будь-яке сидіння, або меблі, потрібно також це записати. Якщо він користується будь-якими спеціальними пристосуваннями, потрібно зафіксувати і цей фактор;

- *можливості* - необхідно оцінити можливості дитини при виконанні нею конкретних дій. Спостерігаючи за функціональними навичками дитини, потрібно записати наскільки він самостійний у виконанні конкретних дій, а також яка допомога і в якому об'ємі йому при цьому необхідна.

- *швидкість* - важливе значення також має і час, за який дитина виконує ту або іншу функціональну дію. Дитина дійсно може витратити дуже багато часу на виконання будь-якої функціональної дії. Під час оцінки можна відчувати, що дитина в стані виконувати ці дії дійсно швидше, тоді потрібно запропонувати нову програму, у відповідності з якою поступово буде скорочуватися час на цю операцію.

Фізична підготовленість дітей з порушеннями ОРА оцінюється як за кількісним, так і за якісними показниками. При цьому слід зазначити, що якісні критерії в оцінці результатів рухової діяльності більш інформативні, ніж кількісні показники успішності виконання рухових завдань дітьми. Для останніх найбільш характерний не сам факт виконання рухових завдань, а реалізація рухових завдань та реалізація програмних вимог для самоствердження.

Для оцінки *моторної підготовленості* дітей з порушеннями ОРА використовують критерії визначення відхилення від норм. Цей метод тестування підкреслює якісні показники фізичних функцій, навичок, форм рухів, пози. Він також дозволяє вивчити етап формування навичок і розвитку фізичних якостей. Оскільки моторна підготовленість складається з двох компонентів: основного рухового вміння і психомоторного уміння, перевіряють основні рухові вміння при виконанні рухів (наприклад, повзанні, ходьбі, бігу, стрибках, метанні, хапанні; штовханні, удар і т.п.) і психоморні вміння (направлене і просторове відчуття, керівна і вибіркова можливість, реакція, координація рухів, тонких навичок), що відносяться до функцій органів чуттів (зорові, слухові і смакові відчуття, тактильна чутливість тощо).

Для визначення *рівня рухової функції* дітей і її динаміки під впливом різних тренувальних навантажень, застосовується педагогічне тестування. Для отримання інформації рекомендується використовувати тести, прийняті у міжнародній практиці реабілітаційних центрів. При проведенні рухливих ігор тест „Відхилення від норми” дає можливість перевірити не тільки результативність, але й інші психофізичні можливості дітей: співпраця і відповідальність, справедливість, дисциплінованість, чесність тощо.

Таблиця 2.1

Визначення сили м'язів за п'ятибальною системою

Функціональні можливості м'язів чи м'язової групи	Оцінка
Функція, що відповідає нормальній	5
Можливість переборювати значний опір (протидія)	4
Можливі рухи у вертикальній площині з подолання маси нижче лежачої ланки кінцівки	3
Можливі рухи в горизонтальній площині з подоланням сили тертя	2
Можливі рухи в горизонтальній площині на підвісах (тобто за умови усунення сили тертя)	1
Параліч, рухи неможливі	0

У практиці реабілітації застосовується складна система оцінок, що визначає різновид рухових порушень і дефектів. П'ятибальна система оцінки (табл. 2.1) ґрунтується на факторах полегшення рухової функції, на русі в горизонтальній площині. На зняття маси нижщележачого сегмента кінцівки, на зняття сили тертя за допомогою підвісів, на збільшення точок прикріплення м'язів – антагоністів з метою усунення протидії цих м'язів.

Разом із тим пропонується використовувати шкали оцінки рухового вміння й оцінки психомоторного рухового уміння (табл. 2.2, 2.3).

Таблиця 2.2

Шкала оцінки рухових можливостей дітей порушеннями ОРА

Стан	Бали
Зовсім неможливо приймати потрібну позу, навіть за допомогою інших людей	0
Можливість приймати позу з допомогою, але не можливість утримувати її	1
Можливість приймати потрібну позу тільки з допомогою і деякий час утримувати її з допомогою	2
Можливість самому приймати потрібну потрібну позу, але неможливість утримувати її	3
Самостійно приймати і деякий час утримувати позу	4
Абсолютно точно виконувати завдання	5

Таблиця 2.3

Шкала оцінки психомоторного вміння

Рухові можливості	Стан	Бали
Неможливість	Неможливість виконання завдання в зв'язку з його нерозумінням	0
Труднощі	Слабке розуміння завдання і виконання його з великими помилками	1
Практично нормально	Розуміння завдання, але Інді плутане його виконання	2
Самостійно	Абсолютне розуміння і виконання завдання	3

Щоб отримати повну і своєчасну інформацію про динаміку удосконалення рухової функції, реабілітологу необхідно застосовувати спеціальні тести, які легко здійснюються в умовах відповідного закладу, не вимагають спеціального розучування, прості та доступні дитині будь-якого віку. Систематичне використання цих тестів дозволяє характеризувати рівень розвитку рухової функції на всіх етапах процесу корекції фізичних вад, вносити відповідні корективи.

Розрізняють пасивне й активне дослідження. Пасивне дослідження застосовують для виявлення контрактур і тугорухливості у досліджуваних суглобах (повний (100 %) обсяг рухів, часткові порушення (75, 50 %), грубе порушення (25 % і менше). Активне дослідження проводять враховуючи два основних фактори, що перешкоджають нормальній амплітуді активного руху: тонічне (спастичне) напруження м'язів і їхня слабкість (парез). Для зменшення спастичності користуються двома основними прийомами: багаторазовим пасивним рухом, що здійснюється у досліджуваному суглобі суворо в одній площині, а також штучним збільшенням напруження в м'язах – антагоністах спастичним м'язам.

Таблиця 2.4

Вимірювання амплітуди рухів у суглобах

Рух, суглоб	Положення кутоміра	Положення бранш	
		Перша бранша	Друга бранша
Згинання, розгинання, відведення в плечовому суглобі	Головка плечової кістки	Акроміон – найвища точка клубової кістки	Акроміон – виросток
Згинання і розгинання у ліктьовому суглобі	Виросток плеча	Виросток плеча – акроміон	Виросток плеча – шиловидний відросток
Згинання і розгинання у кульшовому суглобі	Великий вертел	Великий вертел – середина підпахової западини	променевої кістки Великий вертлюг – латеральний
Згинання у променево - зап'ястному суглобі	Шилоподібний відросток ліктьової кістки	По зовнішньому краю ліктьової кістки	виросток стегнової кістки По зовнішньому

Розгинання у променево - зап'ястному Згинання і розгинання у колінному суглобі	Між дистальними кінцями кісток передпліччя Латеральний виросток стегнової кістки	На середині між ліктьовою і променевою кістками Латеральний виросток стегнової кістки – великий вертел	краю п'ясткової кістки На середині між III та IV пальцями Латеральний виросток стегнової кістки – латеральна кісточка
Згинання і розгинання у гомілкостопному суглобі	Медіальна кістка	Медіальна кісточка – медіальний виросток стегнової кістки	Медіальна кісточка – середина 1 – го плесно фалангового суглоба

Амплітуда рухів (табл. 2.4, 2.5) визначається у градусах (кутоміром чи спеціальною градуйованою сіткою) чи у відсотках стосовно максимального об'єму рухів і нормальної сили м'язів (100, 75, 50, 25 %).

Таблиця 2.5

Середня рухливість в деяких суглобах кінцівок, градуси від вихідного положення

Суглоб	Згинання – розгинання	Приведення – відведення	Внутрішня – зовнішня ротація
Плечовий	180 – 60	0 – 180	90 – 90
Ліктьовий	145 – 0	-	-
Променево – ліктьовий	-	-	90 – 90
Променево – зап'ястковий	90 – 80	20 – 45	-
Кульшовий	125 – 15	10 – 45	45 – 45
Колінний	130 – 0	-	-
Гомілкостопний	45 - 20	-	-

Оцінку проводять лікар-невролог, лікар-ортопед, фахівець з фізичної реабілітації за певними характеристиками:

5 – відсутність активних рухів; 4 – ледь помітне скорочення м'язів; 3 – наявність можливості активних рухів; 2 – легке зниження сили; 1 – відсутність зниження сили – норма.

Характеристика гіпертонусу м'язів:

5 – динамічна контрактура; 4 – різке підвищення тонуусу; 3 – помірне підвищення тонуусу; 2 – легке підвищення тонуусу; 1 – відсутність підвищеного тонуусу – норма.

Оцінка рівня обмеження обсягу активних рухів:

5 – відсутність 10% нормального обсягу; 4 – 25% нормального обсягу; 3 – 50% нормального обсягу; 2 – 75% нормального обсягу; 1 – відповідність нормі.

Характеристика патологічних установок:

5 – стійке збереження патологічної установки; 4 – можливість активного, але не повного виведення сегмента у фізіологічне положення; 3 – можливість активного повного виведення сегмента у фізіологічне положення, але без утримання його при руках; 2 – можливість активного повного виведення сегмента у фізіологічне положення з утриманням його при руках тільки в умовах постійного свідомого контролю; 1 – відсутність патологічних установок.

Характеристика патологічних рефлексів:

5 – збереження усіх тонічних рефлексів періоду немовляти, які формують патологічний руховий стереотип; 4 – збереження чотирьох тонічних рефлексів. Часткове подолання впливу тонічних рефлексів на верхній кінцівки і менше на рух; 3 – збереження двох-трьох тонічних рефлексів. Подолання впливу тонічних рефлексів на верхні та ніжні кінцівки; 2 – збереження одного з основних тонічних рефлексів, який переборюється хворим; 1 – відсутність тонічних нескорочених рефлексів – норма.

Характеристика патологічних синкінезій:

5 – виражені розповсюджені патологічні синкінезії; 4 – довільна можливість зниження виразності патологічних синкінезій; 3 – довільне пригнічення патологічних синкінезій тільки в спокої; 2 – довільне пригнічення синкінезій у спокої і при довільних рухах; 1 – відсутність патологічних синкінезій.

Характеристика дискоординарних розладів:

5 – виражена атаксія кінцівок і тіла; 4 – значна дискоординація рук і ніг; 3 – помірна дискоординація; 2 – легка дискоординація; 1 – відсутність дискоординації – норма.

Характерною ознакою порушень ОРА є рухові обмеження, які визначаються патологією м'язового тону, здатністю утримувати статичну та динамічну стійкість у різних положеннях, виконувати довільні рухи, необхідні для самообслуговування та активної самодіяльності. Рухові розлади обумовлені дією різних чинників, всі безпосередньо пов'язані із специфікою захворювання та відзначаються такими порушеннями:

- **тонус м'язів.** Регулювання м'язового тону забезпечується узгодженою діяльністю різних складових нервової системи. Відхилення від норми призводить до частого прояву і формування сталого підвищеного м'язового тону – спастичності, що відзначається його зростанням при спробі виконувати певний рух або рухову дію, особливо, у вертикальному положенні тіла. Інше порушення м'язового тону – ригідність, характеризується тим, що м'язи постійно напружені і знаходяться в стані максимального підвищення тону (тетанусу), що призводить до порушення плавності рухів і злагодженої взаємодії окремих м'язів під час їх виконання. При гіпотонії (знижений м'язів тонус) м'язи кінцівок і тулуба в'ялі, слабкі, а обсяг пасивних рухів є набагато більшим від нормального. Дистонія відзначається зміною м'язового тону, тобто його непостійністю, мінливістю, - в стані спокою м'язи розслаблені, при спробі виконувати рух тонус різко зростає, що в окремих випадках унеможливорює цей процес;

- **обмеженість чи неспроможність** виконати довільні рухи. Ступінь ураження мозку, пов'язана з недієздатністю моторних зон кори головного мозку і привідних моторних (пірамідних) шляхів, призводить до часткової недієздатності зазначених структур, неспроможності виконувати певні рухи;

- **насильницькі рухи.** Ними характеризуються деякі форми церебрального паралічу, а проявляються ці рухи у вигляді гіперкінезу чи тремору. Гіперкінез відзначається мимовільними рухами внаслідок зміни тону м'язів та наявністю

неприродних положень, незакінчених рухів, які спостерігаються в стані спокою і посилюються при спробі виконати рухи або при зміні емоційного стану (хвилювання, злість). Він завжди ускладнює (робить неможливим) виконання довільного рухового акту, найчастіше виникає в м'язах шиї, голови, артикуляційного апарату, різних відділів кінцівок і тулуба. Тремор – тремтіння пальців рук і язика, найбільше проявляється при виконанні цілеспрямованих рухів за участю дрібної моторики і посилюється від початку до кінця їх виконання;

- **рівноваги та інших координаційних здібностей.** Проявом цих порушень є атаксія, що відзначається нестійким положенням тулуба при сидінні, стоянні, ходьбі, в тяжких випадках – неспроможністю дитини сидіти, стояти без підтримки, а також нестійкістю ходи (широко розставляючи ноги, похитуючись, відхиляючись у сторони). Інші прояви координації виявляють такі відхилення від норми: неточність виконання рухових дій, неузгодженість рухів у руховій дії, виконаних в першу чергу, верхніми кінцівками; порушення дрібної моторики, низька здатність диференціювати різні біомеханічні параметри рухів, виконувати маніпуляції;

- **відчуття руху.** Для представників усіх форм церебрального паралічу характерна низька регуляція рухів у зв'язку з поганою взаємодією пропріорецепторів та відділів ЦНС, що відповідають за орієнтування в просторі, силу скорочення м'язів. Результатом кінестезії є дефекти, пов'язані з послабленням відчуття положення, викривленням сприйняття напрямку руху, однобічністю виконання певних груп рухів, затримкою розвитку дрібної моторики;

- **недостатній розвиток ланцюгових настановних розгинальних рефлексів.** Такі статокінетичні рефлекси забезпечують вертикальне положення тіла в просторі до низької здатності утримувати у потрібному положенні;

- **мимовільні споріднені рухи (синкінезії),** що супроводжують виконання основного руху чи рухової дії;

- **патологічні тонічні рефлекси.** Позотонічні рефлекси, що належать до вроджених безумовних рухових автоматизмів, у дітей з ДЦП виявляють запізнений режим зниження з віком. Таке посилення порушує природний розвиток моторних

функцій, сприяє формуванню патологічних тонічних положень, рухів, контрактур, деформацій.

В залежності від прояву та поєднань порушень виокремлюються різні ступені рухових розладів. Тяжка ступінь ураження характеризується тим, що дитина самостійно пересувається із значними труднощами, лише частково оволодіває навичками самообслуговування. Для середнього ступеня характерним є здатність самостійно пересуватися тільки на невеликі відстані, володіють навичками самозабезпечення, які разом з тим, недостатньо автоматизовані й координовані при диференціюванні параметрів рухів. Легка ступінь ураження характеризується здатністю дитини самостійно пересуватися на великі відстані, сформованістю на достатньому рівні навичок самообслуговування, але значна кількість рухових дій виконується неефективно з точки зору біомеханіки, що пов'язано з психомоторними і морфофункціональними структурними дефектами нервово – м'язового апарату.

Оцінювання психолого-педагогічних показників готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі (життєва компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійність) проводилось нами за відповідними рівнями: низький, середній і високий.

Діагностика *життєвої компетентності* дитини з порушеннями опорно-рухового апарату включає дослідження наступних складових: особливостей спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленєвого розвитку дитини, особливостей реагування на свої недоліки, емоційний стан дитини, діагностику міміки.

Особливості спілкування з однолітками є однією зі складових життєвої компетентності психолого-педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі. Діагностика особливостей спілкування з однолітками досліджена за допомогою таких показників (табл. 2.6):

- можливість дитини підійти до незнайомої дитини і що-небудь запитати або поспілкуватись з нею;

- частість суперечок та конфліктів, в які дитина вступає зі своїми однолітками;
- реакція дитини на засмученість та плач іншої дитини.

Таблиця 2.6

**Показники діагностування особливостей спілкування дітей з порушеннями
ОРА з однолітками**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Можливість звернутися до незнайомої дитини і що-небудь запитати, або поспілкуватися з нею	Ніколи	Інколи	Часто
Частість суперечок та конфліктів, в які дитина вступає зі своїми однолітками	Часто	Інколи	Дуже рідко
Реакція дитини на засмученість та плач іншої дитини	Ніяк не реагує	Співчуває	Намагається заспокоїти

Діагностика формування навичок самообслуговування (табл. 2.7)

проводилась за наступними показниками:

Таблиця 2.7

**Показники оцінювання рівня сформованості навичок
самообслуговування у дітей з порушеннями ОРА**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Одягання, роздягання	Не може самостійно одягнутися і роздягнутися	Потребує дрібної допомоги при одяганні і роздяганні	Може самостійно одягатися або роздягатися
Вмивання, миття	Дитина не може самостійно вмитися або помитися	Вмивається або миється з допомогою	Вмивається та миється самостійно
Самообслуговування в туалеті	Дитина не може самостійно оправитися	Може самостійно оправитися з частковою допомогою	Може самостійно оправитися

Приймання їжі, годування	Дитина не може самостійно їсти	Може самостійно їсти з дрібною допомогою	Дитина може самостійно їсти
Пересування	Дитина не може самостійно пересуватись	Пересувається з допомогою	Дитина може пересуватися самостійно

- вміння дитини одягатися, роздягатися;
- самостійне вмивання, миття рук;
- самообслуговування дитини в туалеті;
- приймання їжі та годування дитини;
- самопересування дитини.

Діагностика вміння дитини взаємодіяти з близькими дорослими стала можливою за умови аналізу таких показників:

- - реакція дитини на свою неспроможність виконати вправу;
- - частість конфлікту дитини з близькими.

Мовленнєвий розвиток дитини ми досліджували за допомогою методів звуковимови, лексичного мовлення, граматичної будови мовлення, зв'язного мовлення (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Показники оцінювання рівня мовленнєвого розвитку дитини з порушеннями ОРА

Показники	Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
		Низький	Середній	Високий
1. Звуко-вимова	Вихователем читається короткий текст, а дитина повинна його переказати	Дитині складно переказати текст	Відбувається заміна слів	У переказі є незначні неточності
2. Лексичне мовлення	Дитина повинна виконати дії за	Дитина не виконує дії за словесною	Плутається у виконанні дій	Виконує всі дії за словес-

	словесною інструкцією	інструкцією		ною інструкцією
	Дитина повинна відповісти, що зображено на малюнках	Дитина не може відповісти, що зображено на малюнках	Плутається у відповідях, що зображено на малюнках	Відповідає, що зображено на малюнках
3. Граматична будова мовлення	За завданням вихователя замінити одне слово іншим	Дитина не може замінити одне слово іншим	Плутається при заміні одного слова іншим	Може замінити одне слово іншим за завданням вчителя
	З декількох слів скласти словосполучення	Дитина не може скласти словосполучення	Плутається при складанні словосполучень	Може скласти словосполучення
4. Зв'язне мовлення	Дитина повинна скласти речення за малюнком	Дитина не може скласти речення за малюнком	Плутається при складанні речення	Може скласти речення

Діагностика особливості поведінки дитини з порушеннями опорно-рухового апарату у колі однолітків проводилася за показником: реакція дитини на свою неспроможність виконати вправу у присутності дітей.

Емоційний стан дитини з порушеннями опорно-рухового апарату досліджувався за наступними показниками: характер емоційного стану дитини, частість зміни настрою дитини впродовж заняття, дитина втомилася та відмовляється від дій, пропонуючи підготовлену казкову ситуацію, і дитина продовжує розпочату справу.

Діагностика розвитку міміки дитини дозволить оцінити здатність дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до адекватного мімічного вираження при спілкуванні з однолітками та дорослими. Провести таку діагностику можливо наступним чином: дитині даються словесні завдання для вираження обличчям емоційного стану людини.

Діагностика оволодіння навичками навчальної діяльності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату проведена нами за допомогою методик Н.Гуткіної, А.Зака, О.Кравцової, Г.Цукерман, Т.Скрипник, Н.Смелянської, В.Шарохіної. Методики представлених авторів допомагають дослідити: сформованості розумових дій; оцінки образно-логічного мислення; научуваності; рівня загальної обізнаності; словоскладання; діагностики уваги та пам'яті; оцінювання загального розвитку дитини [93; 169; 330].

Діагностика сформованості розумових дій дітей з порушеннями опорно-рухового апарату проведена за такими складовими:

- відмінність двох предметів один від одного;
- вміння знайти спільне та відмінне у двох предметах;
- вміння знайти схожі та відмінні предмети;
- вміння знайти предмет, не схожий на інші.

Діагностика научуваності, як показника оволодіння навичками навчальної діяльності, визначалася через завдання, які розглядалися на заняттях.

Рівень загальної обізнаності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі досліджувався за визначенням кольору предмету, форми предмету, відстані до предмету, кількості предметів, зображеного предмету.

Діагностику пам'яті здійснено за допомогою виявлення та оцінки довільного та незадовільного запам'ятовування навчального матеріалу: „Запам'ятай малюнки”; „Запам'ятай і розстав крапки”.

Діагностика оцінювання загального розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату досліджена за допомогою тесту Керна-Іразека.

Діагностика вміння долати труднощі проведена за допомогою показників: фізичного розвитку дитини (сили м'язів дитини, рівноваги, розвитку основних рухових функцій - лежання і перевертання, сидіння, повзання та рачкування, стояння, ходьба, згинання та розгинання рук в упорі лежачи на підлозі, піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині), оцінки якості виконання фізичних вправ, графічного диктанту.

Дослідження вміння долати труднощі ми провели за допомогою методики А. Зака „Графічний диктант”.

Діагностика самостійності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі була організована за допомогою тестів розвитку дрібної моторики рук, правопису букв (чіткість напису, нахил, розмір), конструювання.

Рівень особливостей реагування на свої недоліки (показник життєвої компетентності) оцінено нами за такими показниками: як дитина поводить себе при виконанні завдання, яке завдання дитина неспроможна виконати через свої вади? (низький рівень – дитина швидко припиняє виконувати завдання; середній рівень – нервує при виконанні завдання; високий рівень – весь час намагається виконати завдання). Емоційний стан дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за показниками, наведеними в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Показники оцінювання емоційного стану дитини з порушеннями ОРА

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Характер емоційного стану дитини	Постійне відчуття страху	Неспокійний, схвилюваний стан	Спокійний стан
Частість зміни настрою дитини впродовж заняття	Завжди	Часто	Інколи
Дитина втомилася та відмовляється від дій, але пропонуємо якусь казкову ситуацію, і дитина продовжує розпочату справу	Ніколи	Інколи	Завжди

Рівень сформованості розумових дій оцінено за показниками, наведеними в табл. 2.10.

Діагностика міміки дитини з порушеннями опорно-рухового апарату оцінювалося за допомогою завдань щодо дій дитини: дитині даються словесні

завдання для вираження обличчям емоційного стану людини (низький рівень – дитина не може виконати словесні вказівки дорослого щодо мімічного вираження основного емоційного стану людини; середній рівень – може виконати деякі словесні вказівки дорослого, а деякі плутає; високий рівень – може правильно виконати всі словесні вказівки дорослого щодо мімічного вираження основного емоційного стану людини).

Таблиця 2.10

Показники оцінювання рівня сформованості розумових дій у дітей з порушеннями ОРА

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Відмінність двох предметів один від одного	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Вміння знайти спільне та відмінне у двох предметах	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Вміння знайти схожі та відмінні предмети	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Вміння знайти предмет, не схожий на інші	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає

Рівень розвитку образно-логічного мислення дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за методиками 1) „Пора року”; 2) „Нісенітниця”.

Рівень навчованості дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено, за допомогою таких запитань: «які завдання розглядали на заняттях?»; «як групували предмети – за якими ознаками?». Рівень загальної обізнаності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату оцінювалося нами за параметрами, наведеними у табл. 2.11.

Рівень розвитку вміння словоскладання було оцінено нами за методиками 1) „Придумай і вимови нове слово”; 2) „Назви слова”; 3) „Розкажи за картинкою”. Діагностика уваги дитини з порушеннями опорно-рухового апарату проводилася

нами за методиками 1) „Простав значки”, 2) „Що тут зайве?”, 3) „П’єрона – Рузера”.

Таблиця 2.11

**Показники оцінювання рівня загальної обізнаності дітей з порушеннями
ОРА**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Визначити колір предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначити форму предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначити відстань до предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначити кількість предметів	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначення зображеного предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає

Діагностика пам’яті дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було організовано за наступними методиками:

- „Запам’ятай малюнки” - дитині показують спочатку одну картинку з 9 фігурами, потім другу картинку, на якій крім 9 фігур є ще 6 додаткових фігур. Дитина за 1,5 хвилини за декілька спроб повинна розпізнати перші 9 фігур. (низький рівень – дитина не впізнала на картинці жодного зображення або впізнала 1–3 зображення за час від 75 до 85 с; середній рівень – дитина впізнала 3–6 зображень за час від 65 до 75 с; високий рівень – дитина впізнала 7–9 зображень за час від 45 с до 1,5 хв.);

– „запам'ятай і розстав крапки” - дитині показують 8 карток, на яких по черзі розставлені крапки від двох до дев'яти. Після кожної чергової картки пропонують відтворити побачені крапки в порожній картці за 15 с. (низький рівень – дитина змогла відтворити на одній картці не більше двох крапок; середній рівень – дитина правильно відтворила по пам'яті від трьох до шести крапок; високий рівень – дитина правильно відтворила по пам'яті від семи до дев'яти крапок).

Оцінювання рівня загального розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було проведено за допомогою *Теста Керна – Іразека*: дитині пропонувалося намалювати чоловічу фігуру; скопіювати з трафарету незнайому комбінацію штрихів; скопіювати з трафарету десять намальованих крапок. Кожне завдання оцінювалося за п'ятибальною системою: 1 – краща оцінка, а 5 – гірша (низький рівень – у намальованій фігурі відсутні деякі частини тіла або відсутнє чітке зображення тулуба чи кінцівок; середній рівень – у намальованій фігурі є голова, шия, тулуб, ноги й руки, на голові – волосся, на обличчі – очі, ніс, рід, але відсутні пропорції тіла, окремі елементи одягу або одяг не відповідає статі; високий рівень – у намальованій фігурі є голова, шия, тулуб, ноги й руки, на голові – волосся, на обличчі – очі, ніс, рід, є ознаки чоловічого одягу).

Рівень фізичного розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за показниками, наведеними в табл. 2.12.

Таблиця 2.12

Критерії оцінювання рівня фізичного розвитку дітей з порушеннями ОРА

Показники	Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
		Низький	Середній	Високий
1. Сила м'язів дитини	Дитина повинна підняти та утримати ногу (руку, тулуб) під час протидії	Дитина не може підняти та утримати ногу (руку, тулуб) або може поворушити нею	Піднімає ногу (руку, тулуб) з невеликою протидією або без протидії	Піднімає і утримує ногу (руку, тулуб) з великою протидією

2. Рівновага	У положенні стоячи (стоячи на двох колінах, сидячи) дитину обережно штовхають (уперед, назад, вправо, вліво)	Дитина не намагається протидіяти падінню	Намагається не впасти	Утримується від падіння
3. Розвиток основних рухових функцій	Лежання і перевертання	Дитина не може виконати перевертання з положення лежачи на спині, на животі	Намагається виконати перевертання та частково перевертається	Повністю виконує перевертання
	Сидіння	Дитина не може виконати сидіння	Намагається виконати або виконує частково	Виконує повністю
	Повзання та рачкування	Дитина не може виконати повзання та рачкування	Намагається повзати та рачкувати або виконує частково	Дитина повністю виконує повзання та рачкування
	Стояння	Дитина не може виконати стояння	Намагається виконати або виконує частково	Стоїть впевнено
	Ходьба, біг, стрибки	Дитина не може ходити, бігати, стрибати	Намагається ходити, бігати, стрибати або частково ходити, бігає, стрибає	Впевнено ходить, бігає, стрибає
	Згинання та розгинання рук в упорі лежачи на підлозі	Дитина не може виконати згинання рук в упорі лежачи на підлозі	Намагається або виконує частково згинання рук в упорі лежачи на підлозі	Повністю виконує згинання рук в упорі лежачи на підлозі

	Піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині	Дитина не може виконати піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині	Намагається виконати або виконує частково піднімання тулуба в сід	Повністю виконує піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині
Лов-кість	Кидок і ловля м'яча	Дитина ловить м'яч не більше ніж 3 рази з 10	Дитина ловить м'яч більше ніж 3 рази з 10	Дитина ловить м'яч постійно

Рівень розвитку дрібної моторики рук та вміння конструювати дитиною з порушеннями опорно-рухового апарату оцінено за показниками, наведеними у табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Показники оцінювання рівня розвитку дрібної моторики рук у дітей з порушеннями ОРА

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
1. Ізолювання рухів пальців	Дитина не може ворухнути окремо кожним пальцем	Може ворухнути пальцем, але ворухнуться додатково один або два пальці	Може ворухнути окремо одним пальцем
2. Будівництво вежі з кубиків	Дитина не може побудувати вежу з кубиків	Не може побудувати вежу до кінця	Може побудувати вежу з 9–10 кубиків
4. Малювання трикутника	Дитина не може намалювати трикутник за шаблоном	Частково або не точно малює трикутник за шаблоном	Може чітко намалювати трикутник за шаблоном
5. Малювання в межах горизонтальної та вертикальної доріжок	Дитина не може малювати в межах горизонтальної й вертикальної доріжок	Частково або з неточностями малює в межах горизонтальної й вертикальної доріжок	Чітко малює в межах горизонтальної і вертикальної доріжок

6. Просовування шнурка в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками	Дитина не може просунути шнурок в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками	Може частково або з допомогою просунути шнурок в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками	Самостійно просовує шnurки в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками
7. З'єднування точок	Дитина не може з'єднати самостійно послідовно точки	Може з'єднати з допомогою	Може самостійно та послідовно з'єднати точки
8. Зав'язування вузла	Дитина не може самостійно зав'язати вузол	Може зав'язати, але з частковою допомогою	Самостійно зав'язує вузол
9. Прикрашання картини	Дитина не може самостійно прикрасити картину	Може прикрасити, але з допомогою	Може прикрасити самостійно
10. Вирізування картинки ножицями	Дитина не може самостійно вирізувати ножицями	Може вирізати ножицями, але з частковою допомогою	Може самостійно вирізувати ножицями картинку
11. Продовження простих візерунків	Дитина не може самостійно продовжити візерунок	Може продовжити візерунок з частковою допомогою	Може самостійно продовжити простий візерунок

Пальпація застосовувалася для загального дослідження дитини і місцевого вивчення пошкодженого сегмента, а також для оцінки лікування, що проводилося (при вправленні переломів і вивихів). Визначенню правильних взаємин тулуба й сегментів при пальпації допомагають різні осі і лінії: при супінованому передпліччі нормальна довга вісь руки проходить через голівку плеча, голівчасте підвищення, голівки променевої і ліктьової кісток; трикутник Гютера — при зігнутому передпліччі утворюється рівнобедрений трикутник із верхівкою на ліктьовому відростку і сторонами в ділянці надвиростків плечової кістки; лінія надвиростків Маркса — лінія, що сполучає обидва надвиростки, перпендикулярна осі плеча; вісь

третього пальця, проведена через середину третьої п'ясткової кістки і продовжена на передпліччі, проходить на однаковій відстані від радіального і ульнарного країв передпліччя. Навколо цієї осі верхня кінцівка здійснює рухи: ротацію в плечовому суглобі, пронацію і супінацію в ліктьовому суглобі.

Основні осі і лінії нормальної нижньої кінцівки: вісь ноги проходить через передню верхню ость клубової кістки, внутрішній край надколінка і перший палець стопи; лінія Розера - Нелатона з'єднує сідничний бугор із передньовверхньою остю. При згинанні стегна до $130-140^\circ$ верхівка великого вертела знаходиться на цій лінії. При патології кульшового суглоба — вище або нижче за неї (перелом шийки, вивих стегна); лінія Шемакера з'єднує верхівку великого вертлюга з передньовверхньою остю і в нормі проходить над пупком. При зменшенні шийково-діафізарного кута - проходить нижче пупка; трикутник Бріана. Якщо продовжити проведену через великий вертлюг подовжню вісь розігнутого до 180° стегна в краніальному напрямку і на це продовження опустити перпендикуляр з передньої ості, то, сполучаючись, три крапки отримують рівнобедрений трикутник. Якщо великий вертлюг зміщується (природжений, травматичний вивих стегна), порушується рівнобедреність трикутника; лінія лонного зчленування важлива переважно для швидкого орієнтування. Проводиться горизонтальна лінія по верхньому краю лонного симфіза. У нормі ця лінія збігається з верхівками великих вертлюгів; черезвертлюгова лінія (пряма лінія, проведена через верхівки великих вертлюгів) у нормі паралельна лінії, що з'єднує передньовверхні ості клубових кісток.

Порушення співвідношень суглобових кінців кісток розрізняються за ступенем зсуву - вивихи або підвивихи (повний або неповний зсув). Розрізняють природжені та набуті вивихи і підвивихи. Набуті, у свою чергу, розподіляються на травматичні, патологічні (дистензійні, деструкційні) і паралітичні. Характер вивиху визначається відповідно до напрямку зсуву дистального кінця (виняток становить хребет).

Функціональні можливості опорно-рухового апарату визначалися нами декількома параметрами, зокрема: 1. Положення кінцівки при обмеженні рухливості

в суглобі; 2. Об'єм рухів в суглобах; 3. Компенсаторне пристосування сусідніх відділів; 4. М'язова сила.

Залежно від того, чи здійснює дитина рухи в суглобі, чи їх проводить ортопедагог без зусиль дитини, рухи відповідно розподілялися на активні (у першому випадку) та пасивні (у другому). Якщо при визначенні амплітуди пасивних рухів дитина скаржилася на біль, то фіксувалося, у якій позиції біль виявляється або зникає. Об'єм рухів визначався кутоміром. Рухи в суглобах здійснюються у фронтальній (відведення, приведення) і сагітальній (згинання, розгинання) площині, а також навколо поздовжньої осі (пронація, супінація). За початкове положення вважається те положення, у якому встановлюється суглоб при вільному вертикальному положенні тулуба й кінцівок (В. Маркс, 1978). Вимірювання проводилися за «0-минаючим» методом. Наприклад: для плечового суглоба за початкове положення вважалось положення руки, що вільно звисає уздовж тулуба. Відлік проводився від нуля і вище в напрямі відведення, згинання та розгинання руки убік від тулуба.

Вимірювалися як активні, так і пасивні рухи в суглобах, результати фіксувалися в градусах. У нормальних умовах об'єм пасивних рухів у суглобах більший, ніж активних. Якщо кінцівка, що досліджується, знаходиться у вимушеному положенні, то вимірювання фіксуються від початкового положення. Нижче наведені дані вимірювань об'єму рухів у суглобах у нормі та граничні дані їх оцінювання в експериментальній та контрольній групах (таблиця 2.14.).

Відповідно до ступеня обмеження об'єму рухів у суглобах ми розрізняли: 1. Контрактуру, при цьому об'єм рухів збережений, але понижений (визначають у градусах); 2. Ригідність, при цьому об'єм рухів мінімальний, рухомість виявляється, але не може бути виміряна кутоміром; 3. Анкілоз — рухи в суглобі відсутні.

Також спостерігалися гіпермобільність або патологічна рухливість у суглобах при деяких захворюваннях або після травм. Вимірювання довжини кінцівок проводилися вимірювальною стрічкою за певними правилами:

1. Вимірювалися одночасно здорова і хвора кінцівка.
2. Орієнтирами є кісткові виступи.

Таблиця 2.14.

Об'єм рухів у суглобах.

№	Суглоб	Рухи	Норма	Обмеження рухів		
				Незначне	помірне	значне
1	Плечовий	Згинання	180	115	100	80
		Розгинання	40	30	20	15
		Відведення	180	115	100	80
2	Ліктьовий	Згинання	40	80	90	100
		Розгинання	180	150	140	120
		Пронація	180	135	90	60
		Супінація	180	135	90	60
3	Променево-зап'ястковий	Згинання	75	35	20-25	15
		Розгинання	65	30	20-25	15
		Рад. відведення	20	10	5	2-3
		Ульн. відведення	40	25	15	10
4	Кульшовий	Згинання	75	100	110	120
		Розгинання	180	170	160	150
		Відведення	50	25	20	15
5	Колінний	Згинання	40	60	90	110
		Розгинання	180	175	170	160
6	Гомілкостопний	Згинання	130	120	110	100
		Розгинання	70	75	80	85

Перед вимірюванням довжини досліджувалася вісь кінцівки, у тих випадках, коли характер деформації не дозволяє користуватися кістковими орієнтирами, удаються до інших орієнтирів, що придатні для пальпації.

Існують декілька видів укорочень (подовжень) кінцівок. *Укорочення, що здається* (проекційне), настає внаслідок фіксованої патологічної установки в одному або декількох суглобах або у хребті. Анатомічного укорочення окремих сегментів немає. *Дійсне, або анатомічне*, укорочення виявляється при порівняльному посегментному вимірюванні довжини кістки. Прикладом може служити зміна довжини кінцівки при неправильно зрощеному переломі, акушерських паралічах, наслідках поліомієліту. *Відносне, або дислокаційне*, укорочення діагностують при зсуві суглобових кінців і дислокації суглобових поверхонь. Прикладом можуть служити вивихи стегна, плеча та ін. *Загальне, або клінічне*, укорочення (подовження) нижньої кінцівки складається з двох або трьох

видів укорочень і визначається підкладанням спеціальних дощечок під стопу до тих пір, поки таз не займе нормальне положення. За загальними принципами проводять і вимірювання окружності кінцівок на різних рівнях вимірювальною стрічкою.

При дослідженні м'язової сили проводилися активні рухи з опором, що надається рукою того, хто досліджує. Протидіючи рухам у різних напрямках травмованої та здорової кінцівки, отримано дані про м'язову силу певних м'язових груп.

При огляді хребта зверталася увага на безліч варіантів індивідуальних відмінностей у здорових людей, так звані різні види осанки. Розрізняють 3 основних види постави: плоска спина, кругла спина і сутула спина. Існують певні анатомічні орієнтири для визначення локалізації патологічного процесу у хребті: шийні і верхньогрудні хребці виявляються поблизу найбільш виступаючого остистого відростка 7-го шийного хребця; 3-й грудний хребець знаходиться на рівні нижнього краю ості лопатки; 7-й грудний хребець визначається на рівні нижнього краю лопатки, остистий відросток 4-го поперекового хребця - на рівні верхнього краю гребенів клубових кісток.

При дослідженні зверталася увага на деформацію, наявність ділянок болю і фіксацію хребта. Викривлення, що виходять за межі фізіологічних вигинів, виявлялися у трьох площинах - фронтальній, сагітальній, поперечній. Кіфоз і лордоз - викривлення в сагітальній площині, сколіоз - у фронтальній, торсія - у поперечній площині.

Оцінка функціональної повноцінності хребта проводилася за двома показниками - статичної функції (витривалість при стоянні, ходьбі, сидінні) та динамічних властивостей (рухливість хребта). Причини обмеження рухів у хребті бувають природженими й набутими. З набутих захворювань до механічного обмеження рухливості призводять переломи, вивихи й переломовивихи хребців, а також наслідки дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта, рефлекторна м'язова напруга та ін. Фіксація хребта в передньозадньому напрямку визначалася при активному згинанні дитини наперед і назад, у фронтальній площині - відповідно бічними рухами.

Ступені сколіозу вимірювалися на висоті скривлення. У разі виявлення стійких фіксованих деформацій хребта їх розподіляли таким чином: сколіоз - деформація, при якій спостерігається бічне викривлення хребта з розворотом хребців навколо своєї осі; кіфоз - викривлення хребта, обернене випуклістю в задній бік; лордоз - викривлення хребта, обернене випуклістю вперед. При масивних травмах таза іноді звертає на себе увагу зсув половини таза у проксимальному напрямку, вимушене положення нижніх кінцівок, укорочення кінцівки.

Рівень конструювання дитиною з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за допомогою завдання щодо дій дитини: дитині давали завдання побудувати будинок за зразком з великою кількістю деталей, необхідних для цього (низький рівень – дитина не може довести справу до кінця, зробивши спочатку невірні кроки; середній рівень – дитина побудувала будинок, але з великими неточностями у розмірі, формі, кольорі блоків конструкції; високий рівень – дитина вірно побудувала конструкцію, відтворивши розмір, форму й колір блоків конструкції).

Рівень вміння діяти за правилами було оцінено за допомогою методики „Візерунок”. Відповідно завданню, дітям видається аркуш паперу з намальованими трикутниками, квадратами, колами. Необхідно з’єднати трикутники й квадрати так, щоб вийшов візерунок за завданням дорослого.

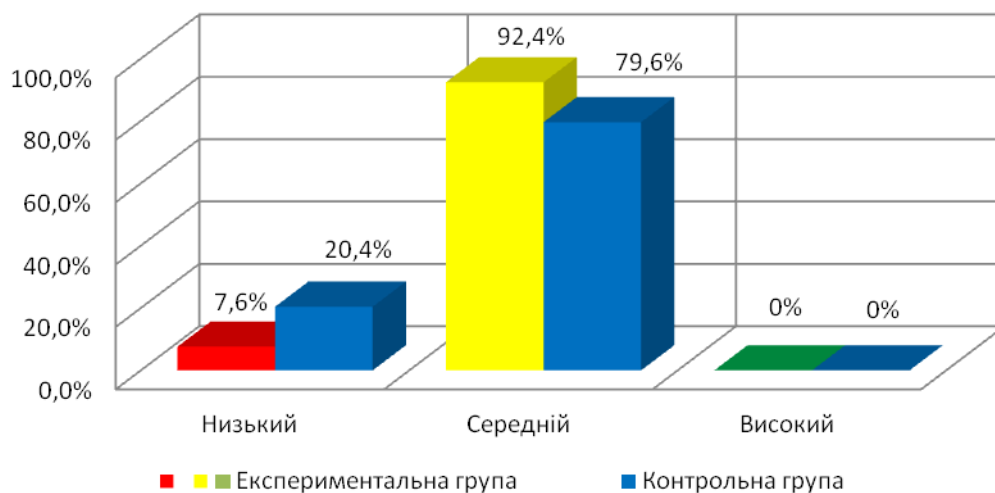


Рис. 2.1. Показник рівня життєвої компетентності

Проведена діагностика рівня життєвої компетентності у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту (вересень 2005 року) на низькому рівні розвитку знаходилося 7,6 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 92,4 % і на високому рівні – 0 % (рис. 2.1). Показники розвитку життєвої компетентності у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні розвитку знаходилось 20,4 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 79,6 % і на високому рівні – 0 %.

Діагностика рівня оволодіння навичками навчальної діяльності (додаток Д) у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту низький рівень мали 46,2 % дітей, середній рівень – 53,8 % і високий рівень – 0 %.

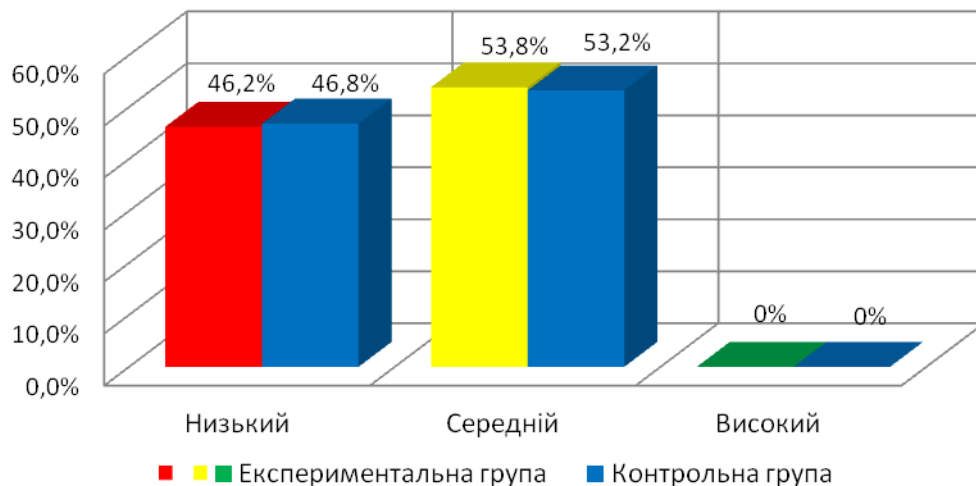


Рис. 2.2. Показник рівня оволодіння навичками навчальної діяльності на початку експерименту

Діагностика рівня оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту низький рівень мали 46,8 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, середній рівень – 53,2 % і високий рівень – 0 % (рис. 2.2).

Діагностика вміння долати труднощі у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні оволодіння вмінням долати труднощі знаходилось 53,8 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 46,2 % і на високому рівні – 0 %.

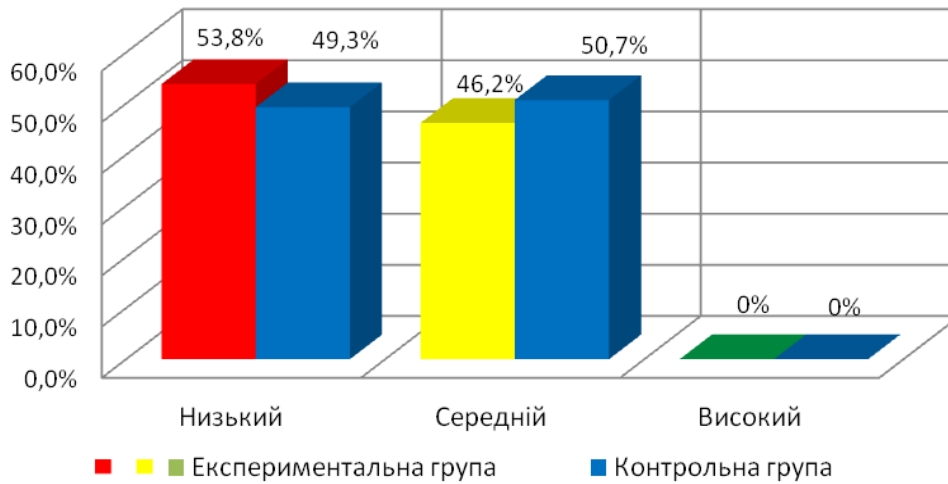


Рис. 2.3. Показник рівня вміння долати труднощі

Діагностика вміння долати труднощі у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні оволодіння вмінням долати труднощі знаходилось 49,3 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 50,7 % і на високому рівні-0 % (рис.2.3). Діагностика вміння долати труднощі у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні оволодіння вмінням долати труднощі знаходилось 49,3 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 50,7 % і на високому рівні-0 % (рис.2.3).

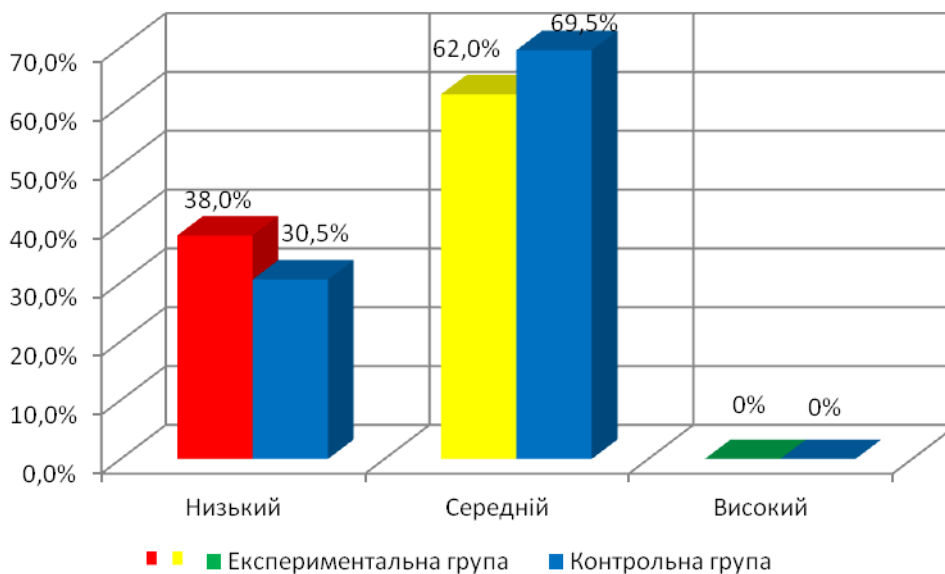


Рис. 2.4. Показник рівня самостійності

Діагностика самостійності у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту низький рівень розвитку самостійності мали 38,0 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, середній рівень – 62,0 % і високий рівень розвитку самостійності – 0 % . Діагностика самостійності у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні знаходилось 30,5 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 69,5 % і на високому рівні – 0 % (рис. 2.4).

Розглянуті показники готовності до реалізації корекційно-реабілітаційних заходів дитини з порушенням опорно-рухового апарату на початку експерименту вказують на домінуючу кількість показників низького та середнього рівнів готовності до навчальної діяльності. Причому, високого рівня розвитку показника готовності на початку експерименту не мала жодна дитина з порушеннями ОРА.

Крім того, під час експерименту було виявлено труднощі та перешкоди, з якими діти стикаються під час оволодіння навчальною діяльністю. У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату можуть виникати розлади в розвитку мозку, порушення зорового, звукового, кінестетичного сприйняття, затримки формування зорово-слухових й інших зв'язків. Порушення пропріоцептивної аферентації, зору, слуху призводять до сенсорної депривації, що робить істотний негативний вплив на розвиток мозку дитини, отже, і на розвиток його психічних функцій. Мовленнєві, рухові, сенсорні порушення призводять до зниження контакту дитини з однолітками, з батьками і дорослими людьми, у зв'язку з чим дитина піддається емоційній і соціальній деградації.

Ефективність результатів експериментальної роботи ми встановлювали також за наступними показниками: відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого; відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого;

Крім того, використовувалися ще й додаткові показники: відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: а) повністю видужали; б) виявили значне покращення психофізичного стану; в) виявили покращення психофізичного стану; г) виявили

незначне покращення психофізичного стану; д) залишились без змін психофізичного стану; ж) виявили погіршення психофізичного стану; відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: а) повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина; б) засвоїли базові життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень; в) в основному засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; г) засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена; д) не вдалося засвоїти базові життєві компетентності, тому залишились соціально неадаптованими.

Діагностика готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до корекційно-реабілітаційної діяльності вказує на те, що існує наявна необхідність організації комплексного, особистісно орієнтованого підходів щодо надання корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному закладі, розробки та впровадження індивідуальних і комплексної програми підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу.

У процесі реабілітації та соціальної адаптації дітей з порушеннями ОРА (Ю. Долинний, О. Глоба 2006-2010рр.) нами були отримані наступні показники їх соціальної адаптованості:

I. За узагальнюючими показниками:

а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого - 45,2%; прогнозований - 49,4%; нижче прогнозованого - 6,4%; б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого - 40,6%; прогнозований - 50,8%; нижче прогнозованого - 9,6%;

II. За додатковими показниками:

а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: повністю видужали - 15,3%; виявили значне покращення психофізичного стану - 29,4%; виявили покращення психофізичного стану - 24,7%; виявили незначне покращення

психофізичного стану - 18,7%; залишились без змін психофізичного стану - 11,1%; виявили погіршення психофізичного стану - 0,8%; б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина - 24,9%; засвоїли базові життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень - 25,1%; в основному засвоїли базові життєві компетентності - 29,9% та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена - 19,4%; не вдалося засвоїти базові життєві компетентності (залишилися соціально неадаптованими) 0,7%.

Показником нормального розвитку (контрольний показник) було повне виконання дитиною завдань, що відповідали даному віку і приймалися за одиницю визначення. Так, дитина, віком 14 років, яка повністю виконувала контрольні тести, мала рівень розвитку 1. Під час проведення діагностики рівнів розвитку (тестування) всі відхилення фіксувалися, підсумовувалися і визначалися у цифровому еквіваленті. Наприклад: при визначенні рівнів розвитку дітей-інвалідів у сфері сприйняття та тонкої моторики діти відповідного віку, які відвідували Центр та діти, які Центр не відвідували виявили значні розбіжності у рівнях розвитку. Характерним є те, що зі збільшенням віку дітей (тобто зі збільшенням впливу Центру) ці розбіжності збільшувалися. По всіх показниках спостерігалось значне відставання дітей, які не відвідували Центр та не мали індивідуальної програми професійної орієнтації. Так, у віці 14 років у сфері тонкої моторики ця різниця становила 0,22; у 15 річному віці - 0,43; у 16 років - 1,61; у 17 років - 2,58; у 18 років - 2,75.

Виходячи з показників, отриманих внаслідок аналізу рівнів розвитку, можна дійти висновку, що проведення послідовної, цілеспрямованої, багаторічної реабілітаційної роботи за участю реабілітаційного Центру дає кращі результати, ніж проведення подібної роботи тільки через сім'ю. Так, аналізуючи ступінь відставання дітей-інвалідів у різних напрямках розвитку, можна зазначити, що діти,

які не відвідували Центр, мали значно більший ступінь відставання від нормального розвитку у порівнянні з дітьми, що відвідували Центр.

Щорічно, під час проведення моніторингових тестувань нами викреслювалися графіки формування основних життєвих навичок. У цих графіках зафіксовано три основні показники: нормальний розвиток (коли дитина відповідного віку виконує всі визначені для цього віку завдання); фактичний розвиток дитини, яка не отримує соціально-педагогічної допомоги за розробленою нами регіональною програмою (у цифровому еквіваленті виражено відсоток розвитку певної навички певного року у порівнянні до нормального розвитку); фактичний розвиток дитини, яка у повній мірі приймає участь у реалізації проекту за розробленою нами програмою.

Паралельно із вивченням впливу регіональної Програми на процеси реабілітації та соціальної адаптації дітей з ПОРА при проведенні експерименту було з'ясовано ставлення батьків та членів сімей до системи роботи. Анкетування дозволило проаналізувати ставлення батьків до місця організації роботи щодо корекції психофізичних вад. В анкеті були запропоновані чотири варіанти відповідей щодо місць організації реабілітаційної роботи: вдома, у спеціалізованому інтернаті, у Центрі ранньої соціальної реабілітації, або інші.

Аналіз отриманих даних свідчать, що батьки надають перевагу центрам ранньої соціальної реабілітації: організація реабілітаційної роботи вдома, силами сім'ї - 12%; організація реабілітаційної роботи через систему спеціалізованих інтернатних установ - 2%; організація реабілітаційної роботи через Центри ранньої соціальної реабілітації - 81%; інші - 5%.

В обстеженні взяли участь 450 членів сімей інвалідів та батьків дітей-інвалідів, які брали участь в анкетуванні, відповідали на питання щодо якості організації реабілітаційного процесу. Дані дозволяють зазначити, що з року в рік позиція батьків і членів сімей інвалідів швидко змінювалась на позитивну. Якщо на початок експериментальної роботи задоволених нашою роботою членів сімей було тільки 13,1% (у контрольній групі 13,5%), то на кінець експерименту їх було вже 34,4% (у контрольній тільки 18,3%).

Протягом експериментальної роботи (з 2007 по 2011 р.) до різних видів психолого-педагогічного супроводу щодо професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів було залучено більше ніж 2,5 тисячі осіб. Під час проведення експериментальної роботи в мережі територіальних центрів Луганської області отримали реабілітаційні послуги понад 4000 дітей-інвалідів, в тому числі у 2007р. - 930 осіб, у 2008р. - 960 осіб, у 2009р. - 1212 осіб, у 2010р. - 1230 осіб.

Молодь з функціональними обмеженнями здоров'я має, як відомо, стати соціально дезадаптацією, яка обмежує можливість адаптації в суспільство, що перебуває у процесі постійної системної трансформації через що потребує постійного догляду та опіки. Людям з ПОРА потрібні спеціальні, економічні, юридичні, соціальні та медичні гарантії, і це завдання надзвичайно актуалізується в період соціальної нестабільності в сучасному українському суспільстві.

Стосовно осіб з вадами опорно-рухового апарату у першу чергу увага приділялась розвитку грубої моторики. У межах програми для кожної особи даної групи розроблялися та реалізовувалися індивідуальні програми фізичної реабілітації, які здійснювалися під керівництвом фахівців, кваліфікованих спеціалістів з фізичної реабілітації з широким застосуванням спеціалізованих пристроїв, тренажерів, гідро- та термотерапії, бальнеологічних процедур, індивідуальних пристроїв тощо (Табл.2.15).

Таблиця 2.15.

**Порівняльна характеристика фізичної підготовленості
осіб з порушеннями ОРА**

Контрольні вправи	ЕГ n=12		p	КГ n=52		p
	\bar{X}	m		\bar{X}	m	
Біг на 30 м з високого старту, с	5,63	0,02	<0,05	7,13	0,04	<0,05
Кидок м'яча 3 кг знизу вперед, м	5,51	0,17	<0,05	3,75	0,21	<0,05
Кидок м'яча 3 кг через голову назад, м	7,16	0,15	<0,05	4,90	0,19	<0,05
Стрибок у довжину з місця, м	1,76	0,02	<0,05	1,08	0,03	<0,05

Рухливість у плечовому суглобі, град	90,5	4,76	>0,05	75,1	5,01	<0,05
Жим штанги лежачи, кг	49,6	2,98	<0,05	26,8	3,92	<0,05
Сумарний показник сили 5 м'язових груп більш сильної нижньої кінцівки, кг	387,2	6,76	<0,05	285,2	9,37	<0,05
Сумарний показник сили 5 м'язових груп більш слабкої нижньої кінцівки, кг	317,1	5,49	<0,05	213,7	10,75	<0,05
Сумарний показник сили 5 м'язових груп правої верхньої кінцівки, кг	178,7	4,11	<0,05	137,6	4,59	<0,05
Сумарний показник сили 5 м'язових груп лівої верхньої кінцівки, кг	134,5	3,45	<0,05	102,2	4,19	<0,05
Сумарний показник сили м'язів тулуба, кг	254,5	2,96	<0,05	176,9	4,95	<0,05
Статична витривалість правої кисті, с	12,5	0,03	<0,05	7,7	0,02	<0,05
Статична витривалість лівої кисті, с	10,6	0,04	<0,05	6,3	0,05	<0,05
Тест на рівновагу на опорній нозі, с	7,1	0,12	<0,05	3,7	0,48	<0,05

Визначено, що у осіб з порушеннями ОРА латентний період простої зорово-моторної реакції за класифікацією Н. Макаренко [103], характеризується як низький рівень сенсомоторних реакцій. Дослідження нервово-психічної стійкості з використанням експрес-методики «Прогноз», а також оцінювали мотивацію до успіху за методикою Т. Елерса.

Були визначені параметри розвитку швидкості, сили, витривалості, гнучкості, а також показники рівноваги, що дозволило зробити висновок про дуже низький рівень фізичної підготовленості для формування рухових навичок і вмінь, необхідних інвалідам у повсякденній діяльності. Цей висновок знайшов підтвердження також під час дослідження індивідуальних нейродинамічних якостей вищої нервової діяльності та нервово-психічної стійкості щодо мотивації успіху.

Одним з напрямків нашого дослідження (Ю.Полулященко, О.Глоба, 2007-2010рр.) стало визначення особистого ставлення інвалідів до самих себе, ступеню

реалізації власних можливостей, основних видів інтеграції молоді з функціональними обмеженнями здоров'я, з'ясувань ставлення до можливості працевлаштування, виявлення причин, які перешкоджають самореалізації людей з функціональними обмеженнями. Для досягнення цієї мети було з'ясовано ступінь реалізації власних можливостей інвалідів; визначено причини, які заважають інтегруватися людині з обмеженими можливостями здоров'я; виявлено основні види інтеграції інвалідів; визначено ставлення людей з обмеженими фізичними можливостями здоров'я до себе та ставлення сторонніх людей до них (на думку людей з інвалідністю); з'ясовано, яке місце роботи дозволило б людині з особливими потребами самореалізуватись.

Результати **першого** (діагностично-організаційного) **етапу** дослідження показали, що особи з ПОРА мають перешкоди на шляху до ефективного спілкування, а це в свою чергу призводить до незадоволеності собою, заниження самооцінки, погіршення свого особистісного «Я». Належної уваги потребує проблема інтеграції людей з обмеженими фізичними можливостями на освітньому рівні.

З загальної кількості респондентів вищу освіту мають лише 10% опитаних, із них інвалідів I групи - 4,8%, II групи - 2,4%, III групи - 2,8%. Серед них чоловіків - 8,0%, жінок - 11,8%. Професійно-технічну освіту мають 18,7% респондентів, з них інвалідів II групи - 6,8%, III групи - 15,9%. Серед них чоловіків - 9,5%, жінок - 7,1%. Повну загальну середню освіту мають 63,6% опитаних, з них інвалідів I групи - 19,04%, II групи - 7%, III групи - 14,28%. Серед них осіб чоловічої статі - 45,2%, жінок - 28,6%. Отже, можна зробити висновок, що більшість інвалідів мають низький рівень освіти, що заважає їхній успішній самореалізації.

Наступний блок запитань полягав у ставленні до самого себе, до своїх можливостей, до віри у власні сили. На відкрите запитання «Коротко охарактеризуйте своє ставлення до самого себе» - 11,9% респондентів поставили знак «->», що означає, що людині з інвалідністю важко дати відповідь на це запитання, дати відповідь самій собі. 8,1% взагалі проігнорували це питання, не відмітивши свою відповідь ніякими позначками. Проте майже 80% опитаних

поставились до цього запитання серйозно. Загалом з відповідей респондентів можна зробити висновок, що вони ставляться до себе песимістично, з критикою до своєї зовнішності, з почуттям власної невідповідності суспільству. Аналіз результатів показує, що, в основному, ці люди мають дуже занижений рівень самооцінки, а відповідно - і цілий ряд комплексів.

Ми досліджували також один із важливих факторів інтеграції особистості - віра у власні сили. 64,3% респондентів відповіли, що вони дійсно вірять у власні сили. Серед них 7,1% інвалідів I групи, інвалідів II групи - 14,3%, інвалідів III групи - 21,4%. Не вірять у власні сили 16,7% опитаних, з них інваліди I групи - 2,4%, II групи - 9,5%, III групи - 4,8%. Складно відповісти на запитання було 19% респондентів.

Результати дослідження ступеню реалізації власних можливостей показали, що 66,7% опитаних мають посередній ступінь реалізації, низький - 28,6%, і лише 4,7% висловили думку про те, що мають високий ступінь самореалізації. З результатів можна зробити висновок, що люди з інвалідністю мають запас творчого потенціалу, але не реалізують його у повній мірі.

Про наявність робочого місця повідомили лише 35,7% досліджуваних, з них інвалідів I групи - 4,8%, II групи - 11,9%, III групи - 19,04%. Бажають працювати ще 45,2% опитаних, 19,1% не працюють і бажання не висловлюють. У свою чергу респонденти, які прагнуть і бажають працювати вибирають, для себе вакансії: соціальний працівник, фінансист, оператор ПК, юрист, перукар-стиліст, водій, художник. Але й були відповіді такі як, наприклад, перукар-стиліст, художник, водій. Це говорить про те, що є люди з обмеженими можливостями, які вважають, що саме ці професії допоможуть їм інтегруватися та самоствердитися в суспільстві.

На запитання «Як ставляться до Вас сторонні люди?» 26,3% респондентів відповіли, що на них взагалі не звертають уваги, завжди проводжають поглядом 33,3% досліджуваних, пропонують допомогти 9,5% опитаних, ставляться до них так як і до всіх інших - 30% опитаних.

На запитання: «Що Ви відносите до вагомих здобутків Вашого життя?» - 69,04% респондентів відповіли, що вступ до вищого навчального закладу є для них

вагомим здобутком їхнього життя, 4,8% - відкриття власної справи, 11,9% - створення сім'ї, 2,4% - виставка мистецьких робіт, 7,4%- участь у місцевому футбольному чемпіонаті, 4,8% - народження і виховання дитини.

Враховуючи те, що особи з порушеннями ОРА мали різноманітні інвалідизуючі захворювання і потребували індивідуального підходу, тому у процесі експерименту проводився аналіз вікової та нозологічної структури клієнтів. Також слід зазначити, що комплексний підхід передбачав складання та виконання різнобічних програм реабілітаційного та корегуючого впливу, спрямованих на подолання відставань від нормального розвитку, використання компенсаторних можливостей організму.

У процесі використання педагогічних технологій реабілітації та соціальної адаптації осіб з ПОРА засобами адаптивної фізичної культури і спорту нами були отримані дані щодо соціальної адаптованості інвалідів (Полулященко Ю.М., Глоба О.П., 2010). Рівні адаптованості не були сталими, бо особи з вадами психофізичного розвитку під час виконання індивідуальних програм реабілітації та соціальної адаптації намагалися самовдосконалитися, підвищити рівень своєї життєвої компетентності. Реалізація процесу комплексної реабілітації інвалідів в умовах регіонального реабілітаційного середовища робить педагогічні технології соціальної інтеграції засобами адаптивної фізичної культури і спорту доступними для кожної родини, в якій мешкає інвалід, дає змогу кожній людині з вадами розвитку отримати індивідуальну програму психолого-педагогічної допомоги та соціалізації.

Програма професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів була перевірена нами у 15 закладах професійно-технічної освіти області (в тому числі Луганський ПТУ-інтернат для інвалідів), вищих навчальних закладах, установах та відділеннях ранньої соціальної реабілітації дітей з обмеженнями психофізичного розвитку та професійної реабілітації інвалідів системи соціального захисту населення, громадських організаціях інвалідів, на підприємствах регіону (Поліщук О.А., Глоба О.П., 2010).

Аналіз експериментальних даних, пов'язаний із вивченням ступеню сформованості ціннісних пріоритетів інвалідів, свідчить про те, що між життєвими

пріоритетами інвалідів контрольної та експериментальної груп, на момент прибуття їх у центр реабілітації, практично не існує різниці.

Логіка подальшого аналізу передбачала з'ясування ступеня готовності клієнтів до професійного самовизначення, як одного із складових показників трудової реабілітації інвалідів. Перш за все, нас цікавили рівні психологічної, теоретичної, дієво-практичної підготовленості клієнтів до реалізації індивідуальних програм професійної реабілітації.

Критеріями аналізу під час проведення нами моніторингу готовності клієнтів до професійного самовизначення стали: *когнітивний*, що передбачає відповідний об'єм знань щодо можливостей власного професійного самовизначення; особисті уявлення клієнта про власні особливості (особистісні ресурси); формування понять про спрямованість процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації; *вольовий*, який передбачає наявність звички до тривалого вольового зусилля, вміння доводити справу до завершення й долати тимчасові труднощі, внутрішні та зовнішні конфлікти, стійкість поглядів, ціннісних орієнтирів, моральних якостей клієнта; *дієво-практичний*, що передбачає реальне самостійне включення клієнта в різноманітні види соціальної діяльності, в діяльність щодо гармонійного розвитку власної особистості; самостійність у вирішенні проблемних ситуацій; гнучкість орієнтації в нових умовах; творчий підхід до вирішення завдань процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації - власну соціально-правову активність клієнтів.

Отже, підсумовуючи результати констатувального експерименту, можна зазначити, що отримані дані повністю підтвердили наше припущення, згідно з яким ефективність професійної орієнтації, трудової реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями може бути більш ефективним за наявності відповідної регіональної моделі та адекватної їй програмі психолого-педагогічного супроводу усіх учасників реабілітаційного процесу. Багаторічний досвід експериментальної організації професійної реабілітації та соціальної адаптації осіб з ПОРА дозволив нам створити доцільне регіональне корекційно-реабілітаційне середовище.

2.2. Сутність, складові, загальні та специфічні закономірності формування регіонального корекційно-реабілітаційного середовища

Внаслідок соціально-демографічних передумов і глобальної екологічної кризи значну частину населення країни складають особи, життя яких обтяжене хворобою або несприятливими соціальними умовами. Людина з обмеженими психофізичними можливостями здоров'я опинилася у вирі невизначеності, у відкритому, незахищеному просторі, сам на сам із життєвими негараздами, необхідністю робити власний вибір.

Ситуація складна, тривожна та дещо й загрозна, якщо вчасно не вжити профілактичних заходів і соціальної мобілізації усіх зацікавлених організацій та осіб на системне розв'язання найпекучіших проблем.

В умовах трансформації українського суспільства є нагальна потреба створити навколо кожної особи з обмеженнями життєдіяльності особливу оптимістичну, емоційно позитивно насичену атмосферу. Мають бути запущені в дію **корекційно-реабілітаційні механізми** щодо забезпечення відновлення різних сторін особистості. Це передбачає запровадження системи педагогічних, медичних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психофізичних функцій, станів, особистісного і соціального статусу інвалідів, а також тих, хто отримав психічну травму, опинився у кризових умовах життя.

Комплекси реабілітаційних заходів мають діяти в усіх сферах життєдіяльності людини і забезпечувати її безпеку, захищеність від бідності та безробіття, права і свободи, допомогу і доброту з боку оточуючих, доступність загальної та професійної освіти, нормальні побутові умови, соціальний захист.

Останнім часом підвищується самостійність регіонів у вирішенні завдань відтворення й розвитку власного потенціалу та історико-культурних традицій. Саме на регіональному рівні повинна визначатися специфіка змісту освіти й виховання в регіоні, спрямованість професійної підготовки, здійснюватись розробка, упровадження та корекція регіональних програм і концепцій, у тому числі щодо категорії дітей і молоді, які мають порушення психофізичного розвитку.

Психологічно особи з обмеженими психофізичними можливостями легше адаптуються саме в умовах «малої батьківщини», з якою в абсолютної більшості з них пов'язані очікування професійного становлення й плани особистого життя.

Серед найважливіших особливостей регіону (Луганська обл.), які безпосередньо впливають на процеси соціального захисту осіб з обмеженими психофізичними можливостями, ми виділяємо потужний соціально-економічний і педагогічний потенціал регіону та розгалужену мережу спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладів; значний контингент осіб з порушеннями опорно-рухового апарату; наявність у регіоні можливостей для матеріальної, медичної, педагогічної допомоги, вирішення соціальних проблем, мобільного переміщення; наявність розвинутого інформаційного простору, представленого розгалуженою мережею ЗМІ; створення особливого соціокультурного середовища, представленого театрами, виставками, музеями, спортивними й концертними спорудами, парками та ін.; наявність широких кіл міжособистісного спілкування з людьми, які мають аналогічні захворювання й відчують ті ж самі труднощі в особистісному становленні й фізичному розвитку; вільний доступ до електронних засобів зв'язку й спілкування в інформаційній мережі Інтернет; значні можливості безпосередньої участі інвалідів в житті регіону [373].

У Луганській області наявні давні традиції гуманного вирішення проблем дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату, турбота про людей цієї категорії введена до рангу найактуальніших питань регіональної політики та соціального розвитку області. У регіоні все більше набирає силу прагнення широкої громадськості щодо залучення державних і приватних коштів і ресурсів для забезпечення повноцінного навчання, виховання, лікування та корекції вад психофізичного розвитку дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату.

Луганська облдержадміністрація, органи місцевого самоврядування, шукаючи шляхів матеріального, соціального та духовного прогресу, поставили перед собою доленосне завдання - збереження національного генофонду та інтеграції в суспільство осіб з вадами психофізичного розвитку: стан здоров'я; соціальний статус; рівень сформованості інтелекту та соціальної поведінки.

У співдружності з науковцями інституту педагогіки та психології (директор Божко Г.І.) ЛНУ імені Тараса Шевченка Луганська ОДА започаткувала масштабну науково-експериментальну роботу щодо *подолання кризових загрозливих явищ через створення регіонального реабілітаційного середовища з інтеграційними освітньою, культурною, політичною, правовою, економічною, соціальною та інформаційною складовими.*

Ця справа вимагала потужних пошуків моделі реабілітаційного середовища як зразка збереження та розвитку національного генофонду, концентрації і консолідації зусиль морально-етичного та науково-практичного потенціалів українського народу. Формування моделі реабілітаційного середовища - це пошук способу досягнення стабільності і створення соціально-демографічних, освітньо-культурних передумов побудови розвинутого суспільства. Отже, така модель має базуватися на здобутках науки і практики, досвіді людської спільності регіону, держави, світу в цілому. Тут важливо реалізувати системний міжгалузевий підхід, об'єднавши зусилля педагогів, медиків, психологів, соціологів, дефектологів (науковці і практиків) та встановити творче співробітництво з органами масової інформації [53].

Окремими напрямками організації регіонального корекційно-реабілітаційного середовища є розв'язання наступних питань:

- оптимізації діяльності існуючих освітньо-реабілітаційних закладів та реабілітаційних центрів системи соціальної служби;
- створення мережі класів та груп реабілітаційного призначення у середніх загальноосвітніх та вищих навчальних закладах регіону;
- кадрового забезпечення реабілітаційного компоненту системи освіти та реабілітаційних центрів соціальних служб;
- відновлення реабілітаційного компоненту в лікарнях;
- матеріально-технічне устаткування реабілітаційного процесу в освітніх та реабілітаційних закладах;
- централізоване професійне самовизначення вихованців шкіл-інтернатів та учнів загальноосвітніх шкіл з проблемами психофізичного розвитку;
- започаткування школи для батьків та клубів батьківської громадськості на допомогу сім'ям щодо сприяння реабілітації дітей-інвалідів;

- управління та науково-методичний супровід регіонального реабілітаційного середовища;
- створення банку корекційно-реабілітаційних технологій.

Отже, комплексна корекційно-реабілітаційна робота має бути реалізована в певному *реабілітаційному середовищі* (реабілітаційному просторі), яке ми сприймаємо у двох «вимірах». По-перше, у часі – неперервність процесу реабілітації протягом всього життя людини, що в певний вік отримала паталогічні ушкодження свого здоров'я і потребує постійної корекції свого життєвого шляху, знань, умінь та здібностей заради адаптації до мінливих соціальних умов. Це відповідає поняттю «відкрита реабілітація» та принципам відкритості й динамічності системи реабілітації, у зв'язку з чим остання має знаходитись у процесі постійного пошуку і зміни, весь час формуючи нові орієнтири й цілі, реабілітаційні технології [374].

Другий вимір реабілітаційного середовища складається, фізично, з самих елементів системи комплексної психолого-медико-педагогічної та соціальної реабілітації. Остання, в свою чергу, не може бути замкнута лише на спеціалізованих закладах (центрах соціальної реабілітації, інтернатах тощо), а має включати в себе родину, соціально-культурне оточення людини, побутову сферу, загальний освітній заклад, засоби масової інформації тощо. Таким чином, принцип неперервності реабілітаційного процесу забезпечує перманентну реабілітацію і психолого-педагогічну корекцію особистості людини як у часі, так і у системному реабілітаційному просторі. Принципи відкритості, динамічності та варіативності мають за мету гнучкість «тактики» реабілітації, що виражається в якісному діапазоні її задач, розмаїтості технологій реабілітаційних заходів, що мають бути застосовані. В кінцевому випадку це припускає відмовлення від твердих стереотипів, має на меті пріоритет креативності під час реалізації процесу реабілітації [374].

Нами були визначені принципи, на яких ґрунтується регіональне реабілітаційне середовище для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (ПОРА):

- цільова особистісно орієнтована спрямованість психолого-педагогічної діяльності;
- поєднання державної та суспільно-громадської ініціатив у здійсненні психолого-педагогічної допомоги;
- правовий та соціальний захист осіб з вадами розвитку з метою створення необхідних можливостей для їхнього повноцінного соціального становлення й розвитку;
- сприяння ініціативі й активності осіб з ПОРА в усіх сферах життєдіяльності суспільства;
- повага до людини незалежно від стану її здоров'я, залучення кожної молодої людини до соціально-економічного життя.

У своїй роботі ми спиралися на систему наступних властивостей: по-перше, це орієнтація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату на діяльне включення у світ суспільно корисної практики як головного засобу психічного розвитку та становлення особистості кожної людини з вадами розвитку; по-друге, програми процесу комплексної реабілітації осіб з ПОРА полягає в тому, щоб розвинути у них здатність спиратися на ті аналізатори особистості, які функціонують нормально; по-третє, орієнтація реабілітаційних заходів на забезпечення необхідних санітарно-гігієнічних умов в місцях життєдіяльності осіб з порушеннями опорно-рухового апарату; по-четверте, формування у осіб з ПОРА психологічної установки на значущість кожного з них як неповторної особистості для людей та суспільства в цілому. Установка на самоцінність є й результатом усвідомлення особи з порушеннями опорно-рухового апарату його здібностей до якогось виду діяльності.

Наше дослідження процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах Луганського регіону має серйозне теоретичне підґрунтя. До теоретичних підстав, які лежать в основі звернення до особливостей регіону, ми відносимо середовищний підхід, який у педагогіці стає визначальним у розгляді питань, пов'язаних з впливом соціуму на характер педагогічних процесів. Звернення до середовищного підходу визначається традицією гуманітарного науково-

дослідницького напрямку, у центрі якого стоїть унікальний соціокультурний і освітній простір такого регіону, як Луганська область.

Середовищний підхід до організації соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату базується на комплексі педагогічних уявлень про те, у чому полягають особливості таких осіб; яким є середовище Луганського регіону; як вони пов'язані один з одним; яким може й повинне бути опосередковане управління цими процесами. Організуючи на основах середовищного підходу психолого-медико-педагогічний супровід осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, ми виходимо з того, що навколишнє середовище «осереднює» особистість, що «соціальне середовище становить собою джерело, яке живить і розвиває особистість у процесі спільної діяльності й спілкування, за допомогою яких особистість прилучається до культури» [74].

Середовищний підхід дозволяє розв'язувати низку проблем сучасної педагогіки, одна з яких – розробка теорії й технологій взаємодії суб'єктів реабілітаційного процесу будь-якого рівня, де як мета заявлена особистість людини як продукт гармонійної взаємодії із середовищем. Педагогічний потенціал культурно-освітнього середовища регіону в цьому випадку відіграє вирішальну роль у створенні можливостей для розвитку особистості людини з порушеннями опорно-рухового апарату. Такі особи потребують використання переваг середовищного підходу, оскільки це дозволяє розширити соціальну складову у роботі з ними.

Виділяючи таке середовище, ми уточнюємо, що його наявність ще не розв'язує всіх проблем реабілітації та соціальної адаптації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, однак суттєво підвищує можливості в їх розв'язанні. Таким чином, середовище регіону більш безпосередньо впливає на формування регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА.

Однією з особливостей, характерних для Луганського регіону, є наявність розгалуженої мережі спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладів для дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями та наявність розгалуженого інформаційного простору, який складається з десятків друкованих видань і телевізійних каналів, супутникового телебачення, Інтернету та ін. Це дає

змогу особам з порушеннями опорно-рухового апарату та їхнім сім'ям зробити оптимальний вибір шляхів реабілітації й соціальної адаптації. Для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату це дуже важливо, оскільки вони з об'єктивних причин відчують своєрідний «соціальний дефіцит» і для них відкривається додаткова можливість розширення соціальних контактів, пошуку знайомств, вибору виду діяльності, міжособистісного спілкування.

Принципово важливою особливістю регіону є наявність умов для особи з порушеннями опорно-рухового апарату активно працювати й отримувати різноманітну інформацію в системі Інтернет. На сьогодні це найбільш мобільна система отримання знань та інформації, яка користується величезною популярністю й престижністю серед усіх верств населення, у тому числі й дітей. При цьому відзначимо, що її роль і ступінь впливу на молодь неухильно зростатиме. Для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату це відкриває величезні перспективи й в отриманні освіти за дистанційною формою, і в подальшій трудовій діяльності.

Луганська область, як окрема територіальна одиниця, цілком відповідає вказаним критеріям і з позицій педагогіки може вважатися Луганським регіоном з особливим культурно-освітнім простором. Вона є одним з найбільших регіонів України. Промисловий потенціал області складає основу господарського комплексу регіону й займає важливе місце в економіці України.

На думку відомого спеціаліста з проблем регіонального освітнього простору С. Савченка [315, 316], регіональність у системі освіти України проявляється в диференційованості умов – зовнішніх і внутрішніх об'єктивних та суб'єктивних, матеріальних та ідеальних, духовних та культурних, сучасних та історичних, сукупність яких і визначає специфічне «обличчя» освітнього простору, його несхожість на інші регіони.

Соціально-економічний потенціал будь-якого регіону обумовлює стан системи науки та освіти в регіоні (М. Дарманський, В. Курило, В. Огнев'юк). З метою реалізації освітньої політики, яка забезпечує конституційні права громадян на освіту та відповідає Національній доктрині розвитку освіти в Україні, в Луганській області проводиться оптимізація мережі закладів освіти, здійснюється фінансове,

матеріально-технічне, науково-методичне забезпечення їх діяльності за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів; забезпечується проведення першого етапу переходу на новий зміст і структуру освіти. Сформована мережа закладів освіти задовольняє потреби населення у формах, профілях, умовах навчання. Створено достатні умови для розвитку та самореалізації особистості дітей від дошкільного віку до повноліття, отримання якісної професійно-технічної та вищої освіти.

У дошкільних закладах області упроваджуються сучасні інноваційні педагогічні технології для досягнення державних стандартів дошкільної освіти, оздоровлення дітей, їх екологічного та художньо-естетичного виховання, народознавства.

У вищій освіті постійно відбувається процес трансформації структури та обсягів підготовки спеціалістів відповідно до потреб економіки області. У ВНЗ III-IV рівнів акредитації постійно відкриваються нові спеціальності.

Регіональна політика стосовно дітей, сім'ї й молоді спрямована на поліпшення соціального становища різних категорій сімей, молоді, жінок і дітей, утвердження в молодіжному середовищі впевненості в конструктивності соціальних перетворень, сприяння усвідомленню молоддю свого місця в розбудові незалежності демократичної держави.

Проблема регіону щодо запровадження реабілітаційного компоненту в систему освіти з тим, щоб вийти на нові рубежі суспільного розвитку, ускладнюється тим, що нам, аби долучитися до гурту цивілізованих країн, доведеться в обмежений термін пройти шлях від моделі, проекту, програми створення нової державно-суспільної практики у сфері соціального супроводу осіб з обмеженими психофізичними можливостями до стану повноцінного адекватного функціонування конкретних суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища, не звертаючи увагу на їх відомче підпорядкування.

Слід зважити й на те, що в той час, як у стабільному стані суспільства переважає саморегуляція щодо інноваційних процесів, то у кризовому (в якому перебуває Україна) необхідні управлінські, а подекуди й жорсткі регуляційні

механізми. Крім того, доведеться подолати непрофесіоналізм і некомпетентність, поверхові підходи у цій справі.

Провідну позицію у розбудові реабілітаційного середовища повинна зайняти освіта, і найперше - мають бути визначені навчально-виховні заклади, спроможні здійснювати експериментально-пошукову роботу щодо розбудови нової освітньої практики, впровадження реабілітаційних режимів для різних категорій осіб відповідно до проблематики їх життя та розвитку, апробації корекційно-розвивальних технологій, програм розвитку життєвої компетентності на засадах педагогіки життєтворчості особистості.

Поглиблення негативних тенденцій у дитячому та молодіжному середовищі потребує активізації наукового пошуку у сфері дослідження комплексних проблем осіб з обмеженими психофізичними можливостями, пошуку нетрадиційних підходів, проведення прогностичних експериментів з різних аспектів розвитку даного контингенту.

Невідкладним є і освоєння нових підходів до підвищення психологічної, педагогічної культури, компетентності педагогічних кадрів щодо здійснення реабілітаційно спрямованої діяльності, забезпечення педагогічної підтримки та захисту осіб з обмеженими психофізичними можливостями. Особлива увага надається вивченню і широкій популяризації передового досвіду реабілітаційної роботи на рівні регіону, країни, зарубіжжя.

Механізм реалізації окреслених завдань у суспільній практиці поки достатньо ще не освоєний, процес комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА потребує подальшої теоретичної та практичної рефлексії. Провідною ідеєю профілактики порушень психофізичного розвитку повинна стати гуманізація відносин у родині, дитячому садку, школі, на підприємстві, у середовищі неформального спілкування.

Найвищою метою процесу комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА можна вважати розвиток у особистості здатності до самостійного творчого здійснення власного життя, незважаючи на фізичні чи соціально-економічні обмеження. Цей показник ефективності реабілітаційної діяльності має закладатися в сучасну стратегію освіти, завдання якої - допомога кожній особі визначити

індивідуальну траєкторію розвитку з урахуванням її психофізичних особливостей, стану фізичного, психічного, морального здоров'я.

В регіоні докладається чимало зусиль щодо покращання умов життя, медичного обслуговування дітей і підлітків, особливо це стосується підвищення якості навчання, трудової і професійної підготовки. Спільними зусиллями практичних й наукових працівників, управлінських кадрів державних структур розробляються шляхи найоптимальнішого впливу на рівень освіченості, вихованості дітей і молоді, їх медичної та педагогічної реабілітації, соціальної адаптації у суспільстві.

Питання створення оптимальної мережі навчально-виховних закладів для дітей і молоді, які потребують комплексної реабілітації, є пріоритетними у розробці регіональної програми соціального розвитку. Реабілітаційний компонент системи освіти Луганської області є визначальним для шкіл-інтернатів різних типів, дитячих садків, дошкільних груп компенсуючого та санаторного типів, класів корекції в загальноосвітніх школах, закладах навчально-реабілітаційного профілю, які поєднують різні ланки неперервної освіти (від дошкільної до професійно-технічної та вищої) й акумулюють в педагогічній системі змістові й технологічні новації особистісно зорієнтованої реабілітаційної педагогіки.

Працівникам шкіл та реабілітаційних закладів, при підтримці місцевих органів влади, завдяки реалізації науково обґрунтованих педагогічних інновацій та запровадженню сучасних реабілітаційних технологій, вдалося істотно просунути на шляху розв'язання проблем осіб з обмеженими психофізичними можливостями, їх повноцінного творчого розвитку та самовизначення в суспільстві. Вироблено інноваційні принципи організації реабілітаційної освіти, здійснено оновлення змісту, форм, методів становлення особистості як суб'єкта життєтворчості, створено сприятливі умови для збереження, відновлення та подальшого удосконалення фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Характерними відмінностями є системно запроваджені на засадах педагогіки життєтворчості організаційні, змістові, технологічні нововведення в усі сфери життєдіяльності закладів освіти. Новий тип освітнього закладу - це навчально-

виховний комплекс, до структури якого входять: дитячий садок, середня загально-освітня школа-інтернат (у тому числі класи педагогічної підтримки для учнів 5-9 класів), професійно-технічне училище-інтернат для інвалідів, система адаптованих вищих навчальних закладів різних рівнів акредитації. Завдяки цьому кожна особа має змогу отримати якісну повноцінну освіту певного рівня.

До здобутків багаторічної експериментальної роботи мультидисциплінарної команди фахівців слід віднести наступне:

- створення особистісно зорієнтованої педагогічної системи з реабілітаційним компонентом, основними характеристиками якої є: виховний простір, збагачений реабілітаційними впливами та варіативними видами діяльності; інноваційні проективно-рефлексивні технології навчання та виховання, авторські навчальні програми корекційно-розвивальних та загально-розвивальних курсів, програма розвитку життєвої компетентності дітей і молоді регіону;

- створення умов для ефективної комплексної реабілітації дітей і молоді за рахунок запровадження новітніх лікувально-оздоровлювальних технологій та розробки заходів для різних категорій людей відповідно до їх психосоматичного стану та обсягу фізіологічних резервів;

- організаційно-технологічне запровадження моніторингу освітньо-реабілітаційного процесу;

- організація умов для професійного самовизначення випускників шкіл через введення до структури науково-навчального комплексу додаткових освітньо-професійних підрозділів;

- запровадження ефективної системи управління якістю функціонування та розвитку освітньо-реабілітаційного середовища;

- здійснення першочергового нормативно-правового забезпечення діяльності закладів нового типу.

Останнім часом в області розробляються і впроваджуються в практику регіональні моделі соціально-реабілітаційних служб комплексного психолого-медико-педагогічного супроводу осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, які базуються на підставах реалізації концепції реабілітаційної діяльності, що визначає її сутність, цілі, задачі, принципи і пріоритети; здійснення постійного

соціологічного моніторингу освітньо-реабілітаційної ситуації регіону, що вказує на потреби, можливості, умови і специфіку служби; використання міжнародного та державного практичного досвіду організації корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми і молоддю, що дає уявлення про різні варіанти і механізм функціонування служби на рівні регіону.

Регіональна реабілітаційна служба - це спроба поєднати зусилля, диференціювати і спрямувати можливості суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності в межах регіону, які забезпечують оптимальний розвиток і соціалізацію кожної особи з порушеннями опорно-рухового апарату. Її основною метою є рання профілактика відхилень у розвитку, поведінці, діяльності і спілкуванні осіб з ПОРА і організація комплексної допомоги цим особам та членам їх сімей.

Основними завданнями регіональної реабілітаційної служби є своєчасне виявлення осіб з вадами психофізичного розвитку, визначення причин цих порушень; оптимізація умов життя, виховання і навчання; побудова адекватного педагогічно-реабілітаційного процесу, що сприяє розвитку особистості; подолання психологічної кризи у сім'ї, надання різнобічної допомоги через реалізацію спеціальних корекційно- реабілітаційних програм.

Модель реабілітаційної служби повинна спиратися на аналіз соціокультурної і освітньої ситуації в регіоні, що включає, по-перше, знання інфраструктури існуючих установ загального і реабілітаційного типу, які вирішують корекційно-розвиваючі і профілактичні задачі, а також перспективи її розвитку в регіоні; по-друге, точні відомості про контингент дітей і підлітків, стан їх психосоматичного здоров'я, соціальної адаптації, характер соціальної поведінки, розподіл за установами і потреби у реабілітації; по-третє, ґрунтовне уявлення про реабілітаційні можливості установ системи освіти, охорони здоров'я і соціальної допомоги з погляду аналізу кадрової ситуації.

Реабілітаційна служба регіону може ефективно функціонувати за наявності чіткого розуміння і виконання керівниками суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності наступних ключових положень:

- впровадження у реабілітаційний процес системи міжвідомчої взаємодії суб'єктів єдиного корекційно-реабілітаційного середовища;
- науково-методичне забезпечення процесу корекційно-реабілітаційної діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища;
- кадрове забезпечення сфери корекційно-реабілітаційного напрямку соціального розвитку регіону.

Ми згодні із С. Савченком [315] у визначенні регіонального освітнього простору як відносно відособленої сукупності освітніх, регулюючих, інноваційних і управлінських процесів, які здійснюються освітніми та іншими соціальними інститутами на території великої адміністративно-територіальної одиниці – області, а також все різнобарв'я взаємозв'язків, що виникають у процесі соціальних взаємодій, які належать до соціально-гуманітарної сфери. Його ефективне функціонування можливе тоді, коли буде забезпечено єдність нормативно-правових, організаційних, мотиваційних, соціокультурних чинників, які сприяють успішній соціалізації молоді.

На думку дослідників цієї проблеми О.Стегнія й М.Чурилова, «регіон виступає як об'єктивна даність зі своїм реально існуючим фізичним простором, проблемами та інтересами, як простір, що суб'єктивно сприймається індивідом» [316].

Регіональне соціальне замовлення повинне забезпечувати спадковість і розвиток культурних, національно-етнічних, професійно-виробничих традицій регіону. Критерієм, що визначає ступінь демократичності регіонального замовлення, виступатиме відсутність протиріч між цілями розвитку конкретної особистості, держави в цілому та регіону, що дасть можливість особистості самореалізуватися з урахуванням загальнодержавних і регіональних інтересів.

З урахуванням предмета нашого дослідження ми не обмежились розглядом загальнодержавних підходів стосовно осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, а використали їх для створення регіональної програми комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації інвалідів, у якій би знайшла своє відображення специфіка регіону.

Досягнення мети державної допомоги інвалідам на регіональному рівні вимагає вирішення наступних завдань: вивчення стану інтегрованості осіб з порушеннями опорно-рухового апарату; гарантування на місцях дії законодавства щодо осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, створення необхідних умов для їх реабілітації; соціальна та професійна адаптація, становлення й розвиток особистості кожної людини з ПОРА як за місцем проживання, так і в спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладах; підвищення суспільно-професійної активності осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, допомога в реалізації їхніх творчих можливостей та ініціатив; надання кожному інваліду соціальних послуг в повному обсязі у всіх сферах життєдіяльності; забезпечення на професійному рівні оптимальної трудової реабілітації; узгодження загальнодержавних, загальнорегіональних та місцевих інтересів з особистісними інтересами осіб з вадами опорно-рухової системи; забезпечення механізмів реалізації регіональної Програми соціально-педагогічної допомоги особам з порушеннями опорно-рухового апарату.

Таким чином, регіональне реабілітаційне середовище щодо здійснення соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату ми бачимо як цілісну систему з великою кількістю внутрішніх зв'язків, що відображають різноманітні можливості регіону. Цю систему можна розглядати як відображення процесів взаємодії держави та громадськості й осіб з порушеннями опорно-рухового апарату на рівні регіону.

Особливу увагу при розробці механізмів реалізації програм регіонального реабілітаційного середовища ми приділили осмисленню параметрів ресурсного забезпечення процесу реабілітації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату: нормативно-правовому, інформаційному, концептуальному, методичному, матеріальному, психологічному, кадровому забезпеченню.

Нормативно-правове забезпечення містить знання суб'єктами корекційно-реабілітаційної роботи нормативних документів і правової основи своєї діяльності, загальну професійну компетентність у роботі з документами й регламентуючими

інструкціями, усвідомлення своїх прав і обов'язків, уміння використовувати свої повноваження в повному обсязі.

Інформаційне забезпечення включає інформацію, необхідну для виконання інвалідами своїх функцій, формування у них банку спеціальної інформації з різноманітних галузей знань.

Концептуальне забезпечення спрямоване на осмислення провідних загальнотеоретичних положень з різних наук, необхідних для розробки концептуальних положень програми й створення механізмів її практичної реалізації.

Методичне забезпечення передбачає розробку спеціальних технологій і рекомендацій для осіб з ПОРА та суб'єктів психолого-педагогічної роботи – педагогів, психологів, медичних і соціальних працівників, батьків тощо.

Матеріальне забезпечення безпосередньо не формується розробниками програми, але враховується ними в здійсненні їхньої діяльності. Це передусім відомості про фінансування конкретних соціальних програм, наявність сучасної технічної бази, можливостей клієнтів роботи з комп'ютером та ін.

Психологічне забезпечення передбачає створення установки на толерантність і терпіння в досягненні результатів, формування в осіб з порушеннями опорно-рухового апарату життєвої позиції, соціальної активності, віри у власні сили.

Кадрове забезпечення визначається готовністю педагогів та інших суб'єктів корекційно-реабілітаційної роботи до реалізації покладених на них обов'язків, їх компетентністю й прагненням до професійного самовдосконалення.

Реалізація авторського проекту психолого-педагогічного супроводу програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, ретельний аналіз діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища дозволив нам розробити науково обґрунтовану регіональну систему соціальної інтеграції інвалідів в сучасне суспільство (*Рис 2.5*).

Найважливішим дослідницьким завданням було створення системи соціалізації осіб з порушеннями ОРА. Було встановлено, що для регіональних систем характерні певні трансформації залежно від специфіки регіону. Вони вимагають адаптації до конкретних соціально-економічних та педагогічних умов,



Рис 2.5. Регіональна система комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА в умовах регіонального реабілітаційного середовища

тобто постійного уточнення завдань регіональної системи соціалізації осіб з вадами психофізичного розвитку, її напрямів, форм і методів роботи.

В основі регіональної системи, яка пропонується нами, лежить ідея адресної спрямованості та комплексності корекційної допомоги кожній особі з порушеннями опорно-рухового апарату. Ми орієнтувалися на використання не розрізнених заходів і засобів реабілітації, а їх цілісного комплексу з виходом на конкретну особу, яка потребує спеціально організованої допомоги.

Розробляючи експериментальну програму дій щодо створення регіонального реабілітаційного середовища для соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, ми спиралися на результати власних досліджень і враховували суттєві пропозиції громадських організацій інвалідів, які співпрацювали з нашою науковою групою, про необхідність формувати позитивну суспільну думку та ставлення до людей з інвалідністю у громаді. Інваліди всіх категорій і груп не залежно від пенсійного забезпечення повинні мати можливість реалізації особистості в суспільстві.

З позицій сучасної педагогічної науки для повноцінного формування особи з порушеннями ОРА вже недостатньо забезпечити тільки функцію адаптації. Не менш важливим завданням є формування в неї здатності змінювати себе разом із суспільством, у якому вона живе, стати активним суб'єктом самозміни. Завдання педагогів, психологів, батьків, усіх суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності полягає в тому, щоб примусити людину повірити у власні сили й тим самим стати суб'єктом власного життя, розкрити особистісні ознаки суб'єктності, які характеризують у своїй сукупності досягнення того чи іншого рівня життєвої компетентності: 1) здатність виходити за межі репродуктивного мислення й діяльності з прагненням до творчого відтворення отриманих знань з урахуванням власних об'єктивних можливостей; 2) високий рівень оволодіння основами різноманітних видів діяльності, у тому числі пов'язаних із забезпеченням своїх специфічних потреб; 3) усвідомлення неповторності й самобутності своєї особистості та власного життя як найвищої цінності, незважаючи на хворобу й стан здоров'я; розвинуте почуття власної гідності, значущості себе для батьків, колективу, адекватне усвідомлення власної ролі в сім'ї й колективі; 4) здатність самостійно коригувати власну поведінку, уміння керувати настроєм, емоціями,

адекватно, з поправкою на об'єктивні причини оцінювати результати власної діяльності; 5) уміння оперативно вносити корективи у власні плани залежно від стану здоров'я й інших об'єктивних чинників.

В основних завданнях регіональної системи було розставлено такі акценти: а) вивчення стану життєдіяльності осіб з порушеннями ОРА як підґрунтя для створення та впровадження регіональної моделі соціалізації; б) реальне гарантування на місцях дій державного законодавства та регіональних цільових програм щодо реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА, створення необхідних умов для розвитку й соціальної адаптації таких осіб безпосередньо за місцем проживання; в) допомога особам з порушеннями ОРА в реалізації й самореалізації їхніх творчих можливостей та ініціатив, адресність та дієвість соціальної допомоги; г) надання регіоном кожній особі з порушеннями ОРА соціально-економічних та педагогічних послуг у всіх галузях життєдіяльності; д) використання сучасних технологій лікування, навчання, виховання, реабілітації та соціальної адаптації осіб з порушеннями ОРА; є) узгодження загальнодержавних, регіональних та особистісних інтересів під час реалізації регіональної програми соціалізації осіб з ПОРА; ж) забезпечення реалізації регіональної системи шляхом ефективної підготовки кадрів, створення необхідних виконавчо-управлінських структур.

Потрібно також сприяти активізації роботи існуючих державних та громадських служб соціального спрямування, відкритості та прозорості їх діяльності; створенню та всебічній підтримці громадських організацій і волонтерських служб; створенню безбар'єрного для інвалідів доступу до місць громадського призначення. Слід активніше залучати осіб з інвалідністю до вирішення їх проблем на всіх рівнях влади; поступово змінити напрямки спеціальної освіти від інституалізації до навчання за місцем проживання через класи залучення та повну інклюзію в навчальні заклади всіх рівнів.

2.3. Науково-теоретичні та організаційно-педагогічні аспекти абілітації, комплексної реабілітації та соціалізації дітей з порушеннями ОРА в умовах регіонального корекційно-реабілітаційного середовища

Одним із найважливіших чинників прогресивного розвитку суспільства є гуманне, милосердне та дбайливе ставлення до дітей і молоді, які позбавлені можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного та психічного розвитку. Діти-інваліди, перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні в сім'ї, позбавлені можливості вести повноцінний спосіб життя, виявляються невідповідними до нього у відкритому середовищі. Воно не відповідає їхнім потребам, має бар'єри у спілкуванні.

Інвалідність дитини обмежує її участь в активній діяльності. Така дитина відірвана від багатьох подій життя, важливих для її формування як особистості. Це позначається на її баченні самої себе, на адекватності самооцінки. Неадекватна, занижена самооцінка суттєво впливає на поведінку дитини.

В Україні протягом тривалого часу сформовано державну систему соціальної допомоги дітям з вадами психічного та/або фізичного розвитку, яка організаційно розподілилася між Міністерством освіти і науки молоді та спорту України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України.

Результати анкетування молодих інвалідів, проведеного нами у Луганській області, показали, що проблеми дітей і молоді з обмеженими функціональними можливостями зосереджені у таких сферах:

- психологічна допомога дітям і батькам (нестача матеріально-технічного та інформаційно-методичного забезпечення інноваційних методів роботи);
- медичне обслуговування (недостатня кількість і якість послуг безкоштовного лікування, а також профілактики, реабілітації і ранньої діагностики, брак спеціалізованих закладів і фахівців, особливо в сільській місцевості, брак путівок на оздоровлення в санаторіях для дітей-інвалідів);

- матеріальне забезпечення (недостача пільг, безкоштовного забезпечення технічними та медичними засобами лікування, реабілітації, компенсації вад і захворювань);
- підготовка дітей і молоді до самостійного життя (нестача центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з обмеженими функціональними можливостями, створення спеціальних служб знайомств та ін.);
- освіта і професійне навчання (нестача спеціальних груп у дитячих садках і спеціальних класів у школах, особливо в сільській місцевості, недостатня якість надомного навчання і спеціальної підготовки педагогів);
- вільне пересування, невиконання вимог законодавства щодо пристосування будівельних споруд і транспорту до потреб людей дітей з обмеженими функціональними можливостями).

Вирішити всі ці проблеми одночасно неможливо, проте зменшити їх тиск можна. Економічна ситуація, що склалася на сучасному етапі розвитку України, кризові явища у сфері економіки і фінансів зумовлюють необхідність посилення соціального захисту дітей-інвалідів, визначення пріоритетних напрямів у цій важливій роботі, одним з яких є рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів. Практичний досвід показав, що рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів є активним і ефективним соціальним механізмом, який дає змогу відновити фізичний, психологічний і соціальний статус дитини-інваліда із значною економією коштів.

У державі вже декілька років ведеться цілеспрямована робота щодо вироблення та впровадження нових, більш ефективних методів допомоги маленьким знедоленим громадянам нашого суспільства - дітям з фізичними чи інтелектуальними вадами розвитку. Сьогодні в Україні, завдяки сприянню обласних відділень Фонду України соціального захисту інвалідів, працює розвинута мережа дитячих реабілітаційних центрів медичного та соціально-педагогічного напрямку (219 центрів). Мета їх діяльності - дати можливість дітям з різними фізичними та інтелектуальними вадами перебороти труднощі в розвитку, засвоїти побутові та соціальні навички, розвинути свої здібності, повністю або частково інтегруватись в життя суспільства.

Концептуальним у визначенні напрямків ранньої реабілітації дітей із вадами психофізичного розвитку є такий підхід, який би забезпечував роботу максимально розгорнутої та деталізованої системи своєчасного реагування на клінічні показники ризику в новонародженій дитині для надання їй адекватної корекційної допомоги. Напрямки корекційної роботи з дітьми, на які необхідно орієнтуватися всім (дефектологам, психологам, лікарям, батькам), хто працює з аномальними дітьми такі:

- комплексне дослідження пізнавальної, емоційної, комунікативної сфери дитини, спостереження за динамікою психічного розвитку в умовах корекційної роботи;
- розвиток пізнавальної активності, забезпечення стійкої позитивної мотивації у різних видах діяльності;
- формування психологічного базису для розвитку вищих психічних функцій;
- формування вищих психічних функцій;
- формування мотиваційних, виконавчих та контрольних-регулюючих компонентів дитячої діяльності (в тому числі і емоційно-чуттєвої взаємодії з матір'ю у віці немовляти);
- корекція недоліків емоційно-вольової сфери;
- домовленнєвий розвиток, профілактика та виправлення вад мовлення;
- формування комунікативної сфери. Формування механізмів психологічної адаптації, повноцінних міжособистісних зв'язків.

Дитина - не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, що розвивається, що має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості. Держава не просто покликана надати дитині, що має інвалідність, певні пільги й привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяють нівелювати обмеження, які перешкоджають процесам її соціальної реабілітації й індивідуального розвитку.

Дитині з порушеннями опорно-рухового апарату потрібна довготривала, постійна й кваліфікована педагогічна допомога. Така допомога може бути надана в

регіональних центрах ранньої соціальної реабілітації за наявності відповідних педагогічних умов [210].

Соціальна адаптація дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації являє собою процес, у якому беруть участь батьки, вчителі-реабілітологи, асистенти вчителі-реабілітологи, медичні та соціальні працівники, спеціалісти інших служб та відомств. Усі вони спрямовують свої зусилля на те, щоб забезпечити процес ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, надати своєчасну педагогічну, психологічну, медичну допомогу тим, хто має в цьому потребу. Успіх у вирішенні проблеми залежить від того, які педагогічні умови будуть створені для цього. Адже педагогічні умови передбачають постановку і вирішення певних завдань, реалізацію конкретних функцій і напрямів діяльності, створення реабілітаційного середовища, необхідного дітям-інвалідам, передачу їм знань, умінь і навичок, які потрібні для виявлення власної активності у найважливіших сферах життєдіяльності.

Сутність педагогічних умов соціалізації дітей з обмеженими психофізичними можливостями у регіональних центрах ранньої соціальної реабілітації полягає у спільній діяльності батьків, соціальних і медичних працівників, педагогів-реабілітологів, її змісті, спрямованості, системності тощо. Важливо забезпечувати спрямованість цього процесу на досягнення головної мети та реалізацію визначених функцій і напрямів діяльності центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Забезпечуючи тісний взаємозв'язок та активну співпрацю батьків і працівників центрів соціальної реабілітації, вкрай необхідним виявляється створення реабілітаційного середовища, завдяки якому дитина-інвалід буде почувати себе повноцінним членом суспільства. Педагогічні умови повинні охоплювати також вирішення питань залучення дітей до найважливіших сфер життєдіяльності на основі використання комплексу сучасних форм і методів педагогічного та реабілітаційного впливу, забезпечення належної педагогічної освіти батьків. Регіональні центри соціальної реабілітації можуть успішно вирішувати завдання освіти і виховання дітей лише тоді, коли будуть чітко визначені мета, завдання, функції та напрями їх діяльності; усіма організаторами й учасниками реабілітаційного процесу осмислені завдання ближньої і віддаленої

перспективи того, що потрібно дітям з обмеженими можливостями для їх повноцінної адаптації та соціалізації.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату неспроможні в повному обсязі засвоювати самостійно типові чи узагальнені програми освіти і виховання. Вони потребують індивідуального підходу, який стає можливим лише на основі глибокого ознайомлення та вивчення наявних можливостей (фізичних, інтелектуальних, комунікативних та ін.) дітей-інвалідів. Саме тому від рівня виконання завдання центрів ранньої соціальної реабілітації щодо вивчення наявних можливостей дітей-інвалідів залежатиме успіх наступної корекційної та освітньо-виховної роботи.

До основних функцій центрів ранньої соціальної реабілітації можна віднести діагностичну, корекційну, розвивальну, освітню, виховну. Завдяки діагностичній функції працівники центрів ранньої соціальної реабілітації вивчають існуючий стан і можливості набуття дитиною необхідного життєвого досвіду. Корекційна функція покликана допомогти у створенні необхідних фізичних та психічних передумов освоєння дітьми-інвалідами важливих знань і умінь. Реалізація розвивальної функції центрів ранньої соціальної реабілітації пов'язана з послідовним удосконаленням окремих виявів у сфері фізичного та психічного розвитку дітей-інвалідів. Для цього важливо використовувати наявні засоби впливу на фізичний, емоційний, інтелектуальний розвиток дітей-інвалідів. Освітня функція покликана забезпечити передачу дітям-інвалідам знань, без яких вони не зможуть виявити належного розуміння сутності найважливіших сфер їх життєдіяльності. Виховна функція центрів ранньої соціальної реабілітації має виключно важливе значення для дітей-інвалідів, адже її суть полягає у тому, щоб найважливіші прояви життєдіяльності набули у свідомості дітей ціннісне забарвлення, тобто стали такими, що можуть бути оцінені ними як потрібні чи непотрібні, гарні чи погані, прекрасні чи потворні. У дітей-інвалідів важливо формувати ціннісне ставлення до життя, у різних його виявах, залучати тим самим до світоглядних, моральних, естетичних, правових та інших духовних цінностей.

У процесі реабілітації вирішуються три групи завдань: адаптація, автоматизація й активізація особистості. Рішення цих завдань, по суті суперечливих

і в той же час діалектично єдиних, істотно залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів. Соціалізація припускає активне пристосування індивіда до умов соціального середовища, а соціальна автоматизація - реалізацію сукупності установок на себе; стійкість у поведінці й відносинах, що відповідає уявленню особистості про себе, її самооцінці. У той же час людина з високим рівнем соціалізації повинна бути активною, тобто в неї повинна бути сформована реалізована готовність до соціальних дій.

Найбільш серйозним наслідком інвалідності є втрата «базової довіри до світу», без якої стає принципово неможливим розвиток таких найважливіших новоутворень особистості як: автономія, ініціативність, соціальна компетентність, умілість у праці, статева ідентичність та ін. Втрата базової довіри до світу проявляється й у підозрливості, недовірливості, агресивності дитини, з одного боку, і формуванні невротичного механізму - з іншого. Подолати ці труднощі означає опанувати дитині з порушеннями опорно-рухового апарату наступними життєво важливими якостями:

1. Готовність до адекватного сприйняття виникаючих соціальних проблем і рішення цих проблем відповідно до норм відносин, що склалися в соціумі (соціальна адаптованість), тобто здатність адаптуватися до існуючої системи відносин, опанувати відповідну соціально-рольову поведінку і мобілізувати не тільки свій потенціал для вирішення соціальної проблеми, але й використовувати ті умови, у яких складаються відносини дитини;

2. Стійкість до несприятливих соціальних впливів (автономність), збереження своїх індивідуальних якостей, сформованих установок і цінностей;

3. Активна позиція в рішенні соціальних проблем, реалізована готовність до соціальних дій, саморозвиток і самореалізація у виникаючих важких ситуаціях (соціальна активність), здатність до самовизначення й розширення границь просторової життєдіяльності.

Враховуючи вищевикладене, спробуємо сформулювати положення, які складають основу розробки педагогічних умов соціальної адаптації дітей з

порушеннями опорно-рухового апарату в межах регіонального реабілітаційного середовища:

1. Соціальну адаптованість дитини з порушеннями опорно-рухового апарату ми розглядаємо як систему практичних заходів держави і суспільства, спрямованих на відновлення соціально-економічних, соціально-політичних, правових, екологічних, медико-психолого-педагогічних умов, які забезпечують на сучасному рівні виживання і розвиток дітей та спрямовані на подолання ситуації, коли дії окремих осіб чи інститутів наносять безпосередню шкоду здоров'ю дитини, її фізичному, психічному, моральному, інтелектуальному розвитку, деформують природний процес соціалізації особистості та її самореалізації.

2. Під змістом процесу соціалізації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату ми розуміємо безпосередньо захист дитини від різних негативних впливів, забезпечення її фізичної, психологічної та соціальної безпеки, озброєння дитини первинними знаннями та ресурсами для самостійного опору, підготовку та формування власного способу щодо подальшого життя в умовах реабілітаційних центрів та за їх межами, гарантію реалізації права кожної дитини на сімейне виховання.

3. Метою корекційно-реабілітаційної діяльності суб'єктів реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату є ліквідація та попередження екстремально-стресових ситуацій життя, відновлення порушених прав на сімейне виховання, повноцінний фізичний, психічний, особистісний розвиток та самореалізацію.

4. Базовою складовою механізму здійснення психолого-педагогічної діяльності суб'єктів реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату є професійна комплексна допомога, в основу, якої покладено принцип поєднання психологічної, медико-педагогічної, правової та соціальної реабілітаційно-адаптаційної програм; вона базується на оцінці потреб дитини (її сім'ї), тобто – діагностичній основі, індивідуальній корекції та терапії, особистісно-зорієнтованій навчально-виховній діяльності, гарантії прав і задоволенні потреб та інтересів дитини, її поверненні до так званої нормальної життєдіяльності, самоствердженні у соціумі, підготовці до подальшого перебування за межами центрів реабілітації.

5. Провідними видами діяльності, які виступають системоутворюючим чинником процесу соціалізації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату суб'єктів реабілітації є соціально-психологічна реабілітація та корекційно-виховна робота, які є взаємозалежними та взаємодоповнюючими площинами педагогічної діяльності.

6. При розробці педагогічних умов соціалізації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату необхідно враховувати міжнародно-правові стандарти захисту дитинства, які визначені у відповідних міжнародних нормативно-правових актах та ратифіковані Україною.

7. Розробляючи педагогічні умови ми повинні розуміти, що соціалізація дитини – це не лише опіка, турбота про неї, але й сукупність заходів, які допомагають дитині стати впевненою у своїх силах, сприяють її власній активності. Саме тому, крім комплексного (системного) та індивідуально-орієнтованого підходу, необхідно враховувати ідеї адаптаційного підходу у педагогічній діяльності, які акцентують увагу на власній активності дітей та розвитку в них навичок і настанов соціальної адаптованості на етапі реабілітаційної та корекційно-виховної роботи.

Розроблені в сучасній педагогічній науці принципи забезпечення спеціальної допомоги та етапи її здійснення призводять до однозначного висновку про те, що соціалізація дитини з порушеннями опорно-рухового апарату може здійснюватися тільки в тих випадках, де є супровід, співробітництво, координація зусиль спеціалістів різних галузей, що сприяють саморозвитку, самодіяльності, самоіндифікації, самопізнанню, самовизначенню, самореалізації особистості дитини. Зміна суспільного ставлення до проблем дітей з обмеженими можливостями, визнання їх здатності до повноцінного соціального функціонування, незалежного способу життя об'єктивно призвели до підвищення ролі спеціалістів з корекційної педагогіки та спеціальної психології.

Згідно статистичним даним у Луганській області станом на 01.01.2002р. мешкало 110227 інвалідів різних категорій, з них: I групи - 13876 чол., II групи - 47979 чол., III групи - 41575 чол., та 6897 дітей-інвалідів віком до 18 років; 1085

дітей - інвалідів у віці до 6 років організованої комплексної реабілітації не одержували. Тільки в амбулаторних умовах проводилися заходи щодо медичної реабілітації дітей, хворих цукровим діабетом (261осіб), ДЦП (673), хвороб косо-м'язового апарату (211), сече-полової системи (108). Щорічно в області народжується близько 700 дітей із зазначеними вище захворюваннями. Згідно з державною статистичною звітністю дитяча інвалідність має стійку тенденцію до зростання. В останні роки загальна кількість дітей-інвалідів в Україні зросла на 25,4 відсотка. Рівень інвалідності дітей по Луганській області складала 2,1 на 1000 дітей. Вище середньо обласного рівня дитяча інвалідність у містах: Брянці (3,3), Свердловську (2,4), Красному Лучі (2,2), Ровеньках (2,2), Білокуракинському (3,7), Кременському (3,6), Перевальському (3,0), Краснодонському (2,7), Біловодському (2,2) та Лутугінському (2,2) районах.

Сьогодні на Луганщині функціонують спеціальні заклади, де організовано навчально-виховний і реабілітаційний процес с дітьми-інвалідами:

- на диспансерному обліку Міністерства охорони здоров'я - 5352;
- в обласному домі дитини № 1 в смт. Лотиково - 74;
- в обласному домі дитини №2 г. Луганськ - 58;
- у школах – інтернатах системи освіти - 456;
- в інтернатах системи соціального захисту - 325;
- в лікувально – профілактичних закладах інших міністерств - 34.

В Луганському національному університеті імені Тараса Шевченка було відкрито нові спеціальності - «дефектологія», «психологія», «фізична реабілітація», «соціальна робота». В 2002р. у ЛНУ була створена науково - дослідна лабораторія діагностики і корекції психофізичного стану дітей і дорослих. Лабораторія співробітничас з інститутом спеціальної педагогіки НАПН України, інститутом корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, з інститутом корекційної педагогіки РАО (м. Москва), а також з науковими колективами Польщі, Німеччини, Росії. У лабораторії функціонують кабінети психодіагностики, психокорекції й психоконсультавання,

логопедичний кабінет, кабінет корекційної гімнастики. Наукова студентська група лабораторії нараховує більше 200 волонтерів.

Луганською обласною дитячою клінічною лікарнею накопичений достатній досвід щодо ранньої діагностики захворювань, які призводять до інвалідності, причин виникнення недоліків вторинного походження, що супроводжують захворювання.

Дитячий санаторій «Незабудка», відкритий в 1994р., з багаторічним досвідом диспансерного обліку й лікування дітей з неповних родин, з родин, що постраждали від Чорнобильської катастрофи, позбавлених батьківської опіки, сиріт і інших категорій, мав можливість санаторного лікування 1500 дітей щорічно. Дефіцит фінансування не дозволяв санаторію працювати в режимі повного завантаження. Тому було ухвалене рішення організувати додатково 80 місць щомісяця для розміщення й лікування дітей - інвалідів з районів і міст Луганської області.

В області реалізується програма по створенню мережі центрів і відділень ранньої соціальної реабілітації дітей – інвалідів. Однак діючими нині засобами не вдалося уникнути порушення одного з найважливіших принципів реабілітації – принципу безперервності реабілітаційного процесу, його виходу за рамки медичних, санаторних і навчальних установ.

Нами на базах обласної дитячої клінічної лікарні, лабораторії діагностики і корекції психофізичного стану дітей і дорослих ЛНУ та дитячого обласного санаторію «Незабудка» за підтримки Головного управління соціального захисту населення Луганської ОДА (Білоус В.М.) та Головного управління освіти і науки м. Луганська (Цимбал І.І.) була створена сучасна дослідницька база щодо вивчення стану здоров'я і соціалізації дітей віком від 0 до 16 років.

За отриманими попередніми результатами наукових досліджень, розробленими нашою науковою групою (О.Глоба, В.Білоус, 2002-2005) програмами і завдяки підтримці Головного управління соціального захисту населення Луганської ОДА та Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів у 2004р. в м. Луганську було відкрито обласний центр ранньої

психофізичної реабілітації дітей-інвалідів (з дня його створення реабілітаційну допомогу отримало понад 3 тис. дітей).

Завданнями проекту було визначено: сформувати реальний банк даних щодо дітей-інвалідів області; провести моніторингове дослідження та аналіз методів, форм і заходів щодо реабілітації дітей-інвалідів, інтеграції їх у суспільство; створити умови для організації раннього виявлення, безперервної медико – психолого – педагогічної реабілітації та соціальної адаптації даного контингенту; організувати психолого-педагогічний супровід дітей-інвалідів та членів їх сімей силами волонтерів; спрямувати зусилля науковців на розробку програмних, навчальних та методичних матеріалів щодо корекційного навчання та виховання дітей-інвалідів; організувати процес підготовки та підвищення кваліфікації фахівців, що працюють з даним контингентом, залучити до реабілітаційних заходів батьків дітей-інвалідів.

Відповідно до рішення від 16.01.04 обласної міжвідомчої координаційної ради з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів Головним управлінням праці і соціального захисту облдержадміністрації разом з науковцями лабораторії діагностики і корекції психофізичного стану дітей і дорослих ЛНУ була розроблена регіональна модель організації комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації та соціальної адаптації дітей-інвалідів (рис.2.3). Дана модель дозволила зробити прозорими відомчі бар'єри фінансування життєво важливих соціально значимих проблем дітей-інвалідів регіону.

Реалізацію проекту було організовано за етапами:

1-й етап - Відбір дітей у районах і містах області (підготовка необхідних документів; медичне обстеження; пошук джерел фінансування реабілітаційних заходів; формування груп для санаторного лікування).

2-й етап - Диспансеризація, комплексне обстеження (розміщення груп дітей у дитячому санаторії «Незабудка»; проведення медичного обстеження на базі ДОКЛ; психолого-педагогічне обстеження (лабораторія ЛНУ); розробка індивідуальних корекційних програм; підготовка кадрів; методичне забезпечення; підготовка

батьків і членів родин; розробка індивідуальних медико-психолого-педагогічних карток обліку обов'язкових реабілітаційних заходів.

3-й етап - Продовження реабілітаційних заходів в умовах побуту:

- а) у реабілітаційних центрах за місцем проживання;
- б) в існуючих спеціальних установах;
- в) організація індивідуальних занять вдома;
- г) у санаторно-курортних установах;
- д) у відділеннях обласного реабілітаційного центра.

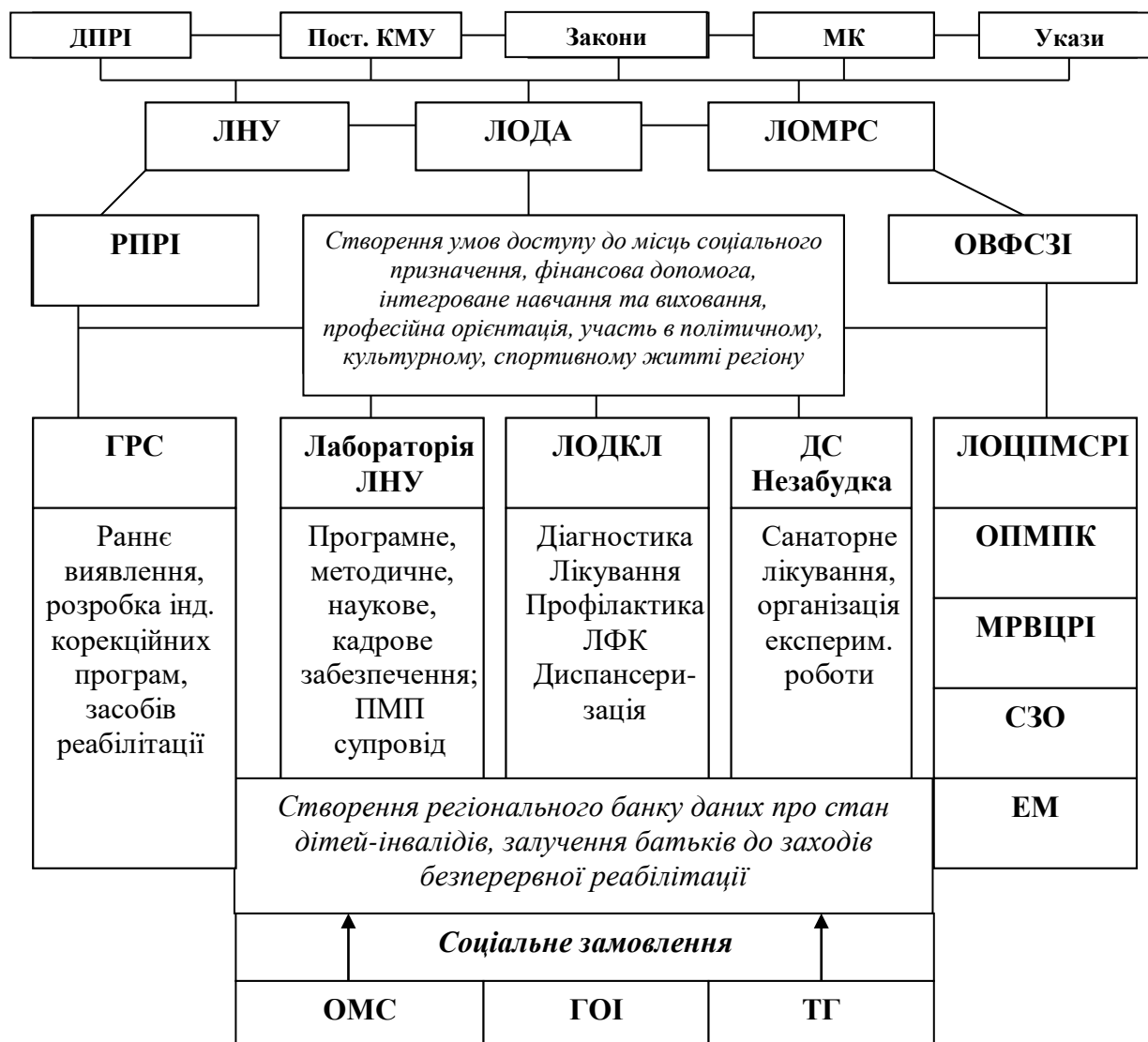
4-й етап - Психолого-педагогічного супроводу.

Психолого-педагогічний супровід дітей - інвалідів і членів їхніх родин здійснюють студенти-волонтери ЛНУ. Студентський волонтерський загін психолого-педагогічного й історичного факультетів нараховує більш ніж 200 осіб. Навчальний процес студентів спеціальностей «дефектологія», «соціальна робота» організовано таким чином, щоб студенти могли без відриву від навчання відвідувати спеціальні навчальні заклади, реабілітаційні центри.

5-й етап - Етап зворотного зв'язку й моніторингу. На цьому етапі вирішуються питання поточної диспансеризації, повторного огляду фахівцями, корекції індивідуальних реабілітаційних програм.

Впровадження розроблених педагогічних умов у практику роботи реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату здійснювалося педагогічними працівниками кафедри соціальної педагогіки, кафедри психології, кафедри дефектології і психологічної корекції, науково-дослідної лабораторії діагностики і корекції психофізичного стану дітей і дорослих Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, представниками 31 колективу регіональних реабілітаційних центрів, які увійшли до складу соціально-педагогічного експерименту дослідження, фахівцями Головного Управління соціального захисту населення, Управління освіти і науки Луганської облдержадміністрації, соціальними працівниками Луганського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, студентами-волонтерами, які є представниками волонтерського загону ЛНУ імені Тараса Шевченка, медичними

працівниками Обласної дитячої клінічної лікарні та представниками інших закладів суміжних до завдань дослідження сфер (правоохоронної сфери, дозвілля та ін.).



Примітка: ДПР – державні програми реабілітації інвалідів, МК – міжнародні конвенції, РПРІ – регіональні програми реабілітації інвалідів, ЛОДА – Луганська обласна державна адміністрація, ЛОМРС – Луганська обласна міжвідомча рада спеціалістів, ОВФСЗІ – обласне відділення фонду соціального захисту інвалідів, ГРС – громадська реабілітаційна служба, ЛОДКЛ – Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, ЛОЦПМСРІ – центр психолого-медико-соціальної реабілітації інвалідів, ОПМПК – обласна психолого-медико-педагогічна консультація, МРВЦРІ – міськрайонні відділення центру реабілітації інвалідів, СЗО – спеціальні заклади освіти, ЕМ – експериментальні майданчики, ОМС – органи місцевого самоврядування, ГОІ – громадські організації інвалідів, ТГ – територіальні громади

Рис.2.6. Регіональна система медико-психолого-педагогічної реабілітації та соціалізації дітей-інвалідів.

Процес впровадження названих вище педагогічних умов був організований із урахуванням певних специфічних особливостей, притаманних роботі центрів

реабілітації для дітей з обмеженими можливостями. Слід зазначити, що тимчасовість перебування дітей у центрі реабілітації зумовлює незавершеність процесу соціально-педагогічної допомоги і, відповідно, закладає відсутність стійкого позитивного *кінцевого* результату процесу їх соціальної адаптації. Але ми можемо говорити про проміжний результат і *найголовніше* – про визначення перспективи подальшого перебування дитини в регіональних центрах за місцем проживання, де може бути продовжено соціально-педагогічний супровід за індивідуальними корекційними програмами (Рис.2.6).

Впровадження педагогічних умов здійснювалося у створену й функціонуючу систему діяльності регіональних реабілітаційних центрів для дітей з обмеженими можливостями. Розроблені умови змістовно вносили позитивні зміни в кожен із компонентів системи, підвищуючи її ефективність.

У тих адміністративно-територіальних одиницях, в яких відсутні реабілітаційні установи, нами з числа спеціалістів регіону і волонтерів - студентів ЛНУ були створені *громадські реабілітаційні служби (ГРС)* для здійснення психолого-педагогічного та соціального супроводу дітей-інвалідів і членів їх сімей при відділах праці та соціального захисту населення за наявності дітей-інвалідів, які потребують постійної соціальної, педагогічної та психологічної допомоги.

Метою діяльності *ГРС* є надання соціальної, педагогічної та психологічної допомоги дітям-інвалідам, які потребують постійного стороннього догляду, за місцем їх проживання і членам їх сімей з метою підготовки батьків дітей-інвалідів до продовження реабілітаційного процесу з дітьми поза межами реабілітаційного центру.

Служба приймає на обслуговування дітей-інвалідів віком від 2 до 18 років, які за висновком індивідуальної програми реабілітації потребують соціального, педагогічного та психологічного патронату за місцем їх проживання. У складі *ГРС* створюються виїзні реабілітаційні бригади для надання соціальних, психологічних та педагогічних послуг дітям-інвалідам, які їх потребують. У разі потреби *ГРС* може приймати на обслуговування дітей молодше двохрічного віку, якщо вони потребують соціальної допомоги.

На підставі визначеної потреби в одержанні послуг з соціального, педагогічного та психологічного патронату за місцем проживання дитини-інваліда та відповідно до її індивідуальної програми реабілітації ГРС забезпечує: послугами з соціального, педагогічного та психологічного консультування, соціально-побутовим патронатом, включаючи догляд за дітьми-інвалідами на час виконання батьками трудових обов'язків за місцем роботи; навчання основних соціальних та побутових навичок; психологічну та педагогічну корекції; послуги з лікувальної фізкультури та лікувального масажу; професійну орієнтацію; працетерапію; навчання заняттям з фізичної культури; занять спортом; інформування щодо спеціального пристосування житлових приміщень, в яких мешкають діти-інваліди, до їх потреб; допомогу зі встановлення обладнання для адаптації житлових приміщень, допоміжних побутових пристроїв; навчання користуванню спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією; надання допомоги в оформленні документів, необхідних для отримання сім'єю різних видів соціальної допомоги та підтримки; надання інших послуг, що передбачаються у договорі сім'ї та ГРС.

Рішення про прийняття на обслуговування приймається Реабілітаційною комісією центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів або управлінням праці та соціального захисту населення і затверджується відповідним наказом. Між сім'єю та ГРС укладається договір, у якому передбачаються види, обсяг та перелік послуг, що надаватимуться працівниками ГРС дитині-інваліду. Працівники ГРС згідно з умовами договору та графіком погодженим із сім'єю, але не рідше одного разу на тиждень, відвідують закріплених за ними дітей-інвалідів та надають їм передбачені послуги.

Результатом реалізації проекту стала створена регіональна система безперервної медико - психолого – педагогічної реабілітації дітей-інвалідів, що дозволило значно знизити рівень дитячої інвалідності та дитячої смертності в регіоні, залучити широкі суспільні шари населення області, волонтерські рухи, громадські організації інвалідів, батьків, що виховують інвалідів, до сумісної науково обґрунтованої реабілітаційної діяльності.

За статистикою в Україні дуже мала кількість дітей з психофізичними вадами розвитку відвідує дитячі садки або дошкільні дитячі установи. А це означає, що ці діти, приходячи до спеціалізованих та загальноосвітніх навчальних закладів, мають низький рівень як навчальної так і життєвої готовності. Проте саме у дошкільному віці формуються навички навчальної діяльності, рухової діяльності, соціально схвалені моделі поведінки (співпереживання, співчуття, бажання пізнавати людей, робити добрі вчинки, особливості спілкування з однолітками, взаємодія дитини з близькими дорослими), які пов'язані зі входженням дитини у нове шкільне середовище, з новим типом стосунків з однолітками та дорослими [103-104].

Діагностика стану готовності дітей з порушеннями психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі вказує на те, що існує наявна необхідність організації комплексного, особистісно орієнтованого підходів щодо надання корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному закладі, розробки та впровадження індивідуальних і комплексної програми підготовки дітей з порушеннями психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу.

Визначивши загальний рівень стану дитини та рівень її адаптованості до умов загальноосвітнього середовища та спираючись на аналіз сучасного стану справ щодо комплексної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку в Україні, вивчення практичного досвіду діяльності Центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів, класів і шкіл інтегрованого типу, базового законодавства, яке регламентує відповідну діяльність цих установ, а також орієнтуючись на науково-теоретичний аналіз інновацій досвідчених вітчизняних та зарубіжних педагогів-науковців і практиків у галузі соціального захисту, навчання та виховання дітей-інвалідів, нами були визначені педагогічні умови забезпечення ефективної підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу:

1) організація діяльності дошкільних закладів інтегрованого типу на основі особистісно орієнтованого підходу щодо надання комплексної корекційної,

психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями ОРА та батькам таких дітей і членам їх сімей;

2) створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, спрямованому на адаптацію, розвиток активності дітей з ПОРА у навчальній діяльності;

3) розробка та впровадження в режим роботи дошкільних закладів програми підготовки дітей з ПОРА до навчання в загальноосвітній школі, яка ґрунтується на основі психолого-педагогічного супроводу дітей та членів їх сімей з визначенням функцій дефектолога, педагога, вихователя, психолога, інструктора ЛФК.

Інклюзивне навчання дітей з порушеннями ОРА в загальноосвітньому просторі можливе, якщо ці діти за рівнем психофізичного і мовного розвитку відповідають віковим нормам і психологічно готові до спільного навчання зі здоровими однолітками. При чому, діти з порушеннями опорно-рухового апарату до вступу в загальноосвітню школу, повинні отримати попередню комплексну, особистісно орієнтовану, спеціальну педагогічну допомогу з питань оволодіння такими важливими якостями, як життєва компетентність, навички навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності.

Впровадження Програми передбачала активну участь науковців, ортопедагогів-реабілітологів, медичного і педагогічного персоналу навчальних закладів, батьків, лікарів-ортопедів лікувально-профілактичних установ і включає принципово послідовні етапи:

1. Максимально рання діагностика порушень ОРА у дітей.
2. Розподіл дітей на дві групи:
 - а) діти без патології ОРА,
 - б) діти з виявленими порушеннями ОРА.
3. Активне впровадження цілеспрямованих профілактичних заходів для дітей групи без патології ОРА.
4. Індивідуальне лікування і реабілітація в умовах лікувально-профілактичних установ або коректувальні заходи в умовах навчального закладу дітей групи з патологією ОРА з подальшим переведенням їх до групи без патології ОРА.

Широке впровадження розробленої Програми, яка передбачає активну участь учнів, батьків, педагогів, медичного персоналу загальноосвітніх і дошкільних навчальних закладів, лікарів-ортопедів дозволить своєчасно провести ранню діагностику порушень опорно-рухового апарату дітей, організувати лікування і реабілітацію учнів з порушеннями ОРА, запобігти фіксуванню патології і формуванню вертеброгенних захворювань. Навички гігієни хребта запобігатимуть появі нових порушень опорно-рухового апарату в подальшому житті.

Своєчасна корекція харчування і рухової активності дітей у режимі дня; впровадження спеціальних вправ для корсетних м'язів хребта у ранкову гімнастику, уроки фізкультури, фізкультурні хвилинки, фізичні заняття у групах продовженого дня, позашкільні заняття у спортивних секціях; формування правильної постави сприятимуть також підвищенню функціональних можливостей організму дітей, розумової працездатності; нормалізації обміну речовин; оптимізації вегетативного забезпечення; позитивному перебігу адаптації до факторів навчання та навколишнього середовища, тобто збереженню та зміцненню здоров'я дітей дошкільного і шкільного віку.

Для оптимального позитивного ефекту режиму рухової активності, фізичного виховання та удосконалення рухових дій дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, їхнього всебічного та гармонійного розвитку, зміцнення здоров'я, підтримання оптимального рівня фізичної та розумової працездатності обов'язковим положенням є правильно побудований та організований *режим дня* такої дитини. Основу цього загального виховного моменту складає раціональне та оптимальне чергування різних видів діяльності й відпочинку дитини (заняття, прогулянки, їда, сон, фізичні вправи і т. д.).

Спеціалістам, що працюють із дітьми дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, було запропановано різні форми виховної, соціальної та корекційної роботи в режимі дня: *ранкова та гігієнічна гімнастика, проведення загартування та водних процедур, розвиток культурно-гігієнічних навичок, навичок особистої гігієни, навчальна підготовка дитини, прогулянки на свіжому повітрі, виконання щоденних занять з фізичної культури (вправи в основних рухах,*

загальнорозвиваючі вправи, рухливі ігри та ігрові вправи, спортивні ігри, вправи спортивного характеру, лікувальні вправи та вправи для запобігання порушення постави), а також фізкультурні паузи, розваги, свята, дні здоров'я, піші переходи, самостійна рухова діяльність.

Велике значення в режимі дня та в подальшому соціальному житті дитини з порушенням опорно-рухового апарату має розвиток *культурно-гігієнічних навичок*, який починається з привчання її здійснювати контроль за додержанням правил особистої гігієни: закріплювати навички догляду за чистотою тіла (миття рук, ніг, обличчя тощо), мити їх по мірі забруднення; стежити за чистотою зубів; волосся; одягу; своєчасно користуватися чистою носовою хусточкою; користуватися лише своїм рушником.

Значну роль у повсякденному та в подальшому житті дитини з порушенням опорно-рухового апарату відіграють навички *культури їжі*. Перш за все, це відображається у вмінні правильно поводитися за столом (сидіти прямо, не класти лікті на стіл, брати шматочок хліба, що лежить ближче, тощо). Привчати дітей сидіти за стіл в охайному вигляді. Учити дітей правильно тримати та користуватися виделкою, ножем, серветкою, їсти охайно, ретельно пережовувати їжу. Поївши, дякувати дорослим. Полоскати рот після їди.

Основне значення в режимі дня дитини з порушенням опорно-рухового апарату має *навчальна підготовка* дитини до занять у школі. При проведенні навчальної діяльності дитини з порушенням опорно-рухового апарату вихователь, перш за все, повинен знати діагнози захворювання своїх вихованців. Відносно цих знань вихователь розробляє та будує свій творчий процес. Вихователю слід знати, що дитина легко запам'ятовує в основному те, що викликає в неї сильне враження, зачіпає її почуття. Тривалість уваги особливо залежить від інтересу дитини. Досвідчені педагоги з метою підтримки уваги дітей використовують різні засоби, які активізують їхню розумову діяльність, стимулюють допитливість, розвивають уміння зосередитися на виконуваному завданні за вимогою дорослого.

Враховуючи захворювання опорно-рухового апарату у дітей, вчитель, який проводить навчальні заняття, обов'язково повинен весь час зосереджувати увагу на

правильному положенні дитини (її рук, тулуба, голови) за партою. Необхідною умовою на кожному уроці виступає проведення фізкультурних пауз (1-2 хв). Сюди входять профілактичні вправи для дрібної моторики, формування правильної постави, профілактики плоскостопості, які дають можливість дитині, яка має фізичне ураження опорно-рухового апарату, зняти фізичне напруження, відновити фізичну та розумову працездатності; сприяти підвищенню засвоєння навчального матеріалу.

Необхідною умовою на кожному занятті при навчанні дітей з порушенням опорно-рухового апарату є проведення лікувальної гімнастики (3-5 хв) під час занять. Лікувальна гімнастика повинна проводитись у середині уроку інструктором ЛФК, який, знаючи захворювання кожної дитини, дає їй особисті вправи на корекцію і виправлення даного захворювання, контролюючи при цьому правильність виконання фізичних вправ.

Враховуючи всі перелічені особливості проведення навчальної діяльності дитини дошкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату час уроку повинен коливатися в межах 40 хв.

Важливу позицію в режимі дня при вихованні здорової дитини, що має порушення опорно-рухового апарату, займають денні *прогулянки*. Під час прогулянок у цих дітей стимулюють потребу виконувати різноманітні фізичні вправи, самостійно вправлятися у різних рухах із застосуванням наявних снарядів, грати в рухливі ігри й тим самим розвивати та удосконалювати опорно-руховий апарат.

Після денного сну щодня проводять комплекс лікувальної гімнастики, до якого входять загальнорозвиваючі, *корекційні вправи*, вправи для *запобігання порушення постави*, для профілактики плоскостопості, танцювальні вправи. Це дає можливість дитині швидше ввести організм у відповідний робочий стан. Важливе значення комплекс лікувальної гімнастики має для формування правильної постави дитини з порушенням опорно-рухового апарату (голова і спина прямо, плечі відведені, живіт підтягнутий). При цьому постійно приділяється увага зміцнюванню стопи. Тривалість гігієнічної гімнастики та дозування її таке, як і в ранковій гімнастиці.

Обов'язковим у режимі дня дитини дошкільного віку з порушенням опорно-

рухового апарату повинно виступати виконання щоденних вправ з *корекційної фізичної культури* (вправи в основних рухах, загальнорозвиваючі вправи, рухливі ігри та ігрові вправи, спортивні ігри, вправи спортивного характеру), які тривають 45-60 хв.

Дошкільний вік характеризується передусім інтенсивним розвитком дитини. Створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі передбачало: адаптацію дитини в дитячому садку інтегрованого типу; організацію комплексної корекційно-реабілітаційної допомоги дитині з порушеннями ОРА; творчу реабілітацію; сімейний супровід; організацію відпочинку й дозвілля засобами адаптивної фізкультури і спорту.

Під час організованої гри дітьми легко та швидко засвоюються соціальні взаємодії, адже цей вид діяльності стимулює психологічне дозрівання дитини, що особливо важливо для корекції вад в розвитку та адаптації дітей в загальноосвітньому середовищі. Оживляючи в ігровій діяльності природу, побутові речі, дитина з психофізичними вадами розвитку розширює свої навчальні навички, свої творчі можливості. В ігровій діяльності у дитини починає формуватися самовільна увага та пам'ять.

У грі діти зосереджуються краще та запам'ятовують більше. Умови ігрової діяльності потребують від дитини концентрації уваги на предметах, включення в ігрову ситуацію. Потреба у спілкуванні та ігрова діяльність, як метод, задовольняють емоційно-комунікативні потреби такої дитини. У той же час досвід ігрових та особливо реальних взаємостосунків дітей в сюжетно-рольовій грі стає основою особливих ознак мислення, дозволяє стати на місце інших людей, передбачити їхню майбутню поведінку та на основі цього будувати свою особисту поведінку.

Набуваю досвіду спілкування з однолітками в атмосфері гри, дитина з порушеннями ОРА готується до активного спілкування в колі одноліток, звільняється від емоційної напруженості, скутості, сором'язливості, долає власні внутрішні перешкоди спілкування в реальному житті.

Для адаптації у дитячому загальноосвітньому середовищі дітям з порушеннями ОРА пропонувалися сюжетно-ролеві ігри та вправи на розвиток комунікативної, емоційно-волевої сфери, дрібної моторики рук і головних навиків рухової діяльності дитини, які необхідні їм в подальшій навчальній діяльності. Тільки в колективній діяльності дитини формуються витримка, самовладання, правильне реагування на невдачу.

Ігрова діяльність дитини, як правило, супроводжується віршованим текстом. Діти повторюють рухи і слова за педагогом, тим самим активізується їх мова. Крім того, запропоновані в режимі дошкільних закладів рухливі і спортивні ігри розвивають основні навички руху, функціональні можливості кистей і пальців рук, покращують не лише загальну моторику дитини з порушенням психофізичного розвитку, але і сприяють розвитку психіки і мови. У свою чергу формування руху кисті тісно пов'язане з дозріванням рухового аналізатора, розвитком зорового сприйняття, різних видів чутливості, гнозису, праксису, просторової орієнтації, координації рухів.

Кожне ігрове завдання, запропоноване дитині з ПОРА, включало в діяльність фантазію, відчуття, емоції і рухові навички, що привчає дитину з довільно діяти. Будь-який фізичний рух в ігровій діяльності дитини виражає образ фантазії, насичений емоційним змістом, тим самим об'єднує діяльність психічних функцій: мислення, емоцій, рухів, активізує рухові функції і мову, а за допомогою коментарів педагога підключається ще і внутрішня увага дітей до цих процесів. Ігрове освітньо-виховне середовище відображає процес оволодіння навичками контролю рухової й емоційної сфери, що грає головну роль в адаптації дітей з порушеннями ОРА при підготовці їх до навчання в загальноосвітній школі.

Процес самостійного перебування дітей з порушеннями ОРА в загальноосвітньому закладі інтегрованого типу передбачав створення та реалізацію регіональної програми підготовки дітей з порушеннями психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі, яка ґрунтується на основі психолого-педагогічного супроводу дітей та членів їх сімей з визначенням функцій дефектолога, педагога, вихователя, психолога, інструктора ЛФК.

Метою розробленої програми підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі є спрямування на створення в родині й дошкільній установі умов для розвитку активної, життєрадісної, творчої особистості, вихованої, увічливої дитини; такої, що любить і поважає батьків, близьких, свій край, рідну мову, яка з дитинства знає традиції й звичаї свого народу.

Створення програми підготовки дітей дошкільного віку з ПОРА до навчання в загальноосвітній школі дало можливість більш ефективно сприяти формуванню основних компонентів розвитку дитини (життєва компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійність).

Необхідні для повноцінного виховання дитини розділи програми дошкільної підготовки (мовленнєве спілкування, спілкування другою мовою, художня література, вчимося читати, навчання іноземної мови, цікава математика) не потребують адаптації відносно дітей з порушеннями психофізичного розвитку, оскільки такі діти, за умови відсутності відхилень розумового розвитку, можуть якісно й повноцінно засвоїти розділи програми, за якою працюють усі дошкільні заклади України [104].

Щоб створити в родині сприятливі умови для виховання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку, батькам необхідно, насамперед, оволодіти певним обсягом психолого-педагогічних знань, практичними навичками й уміннями корекційно-реабілітаційної діяльності. Найдієвішою формою роботи з батьками є залучення їх до безпосередньої роботи з дітьми в дитячому садку. Ця участь може бути досить різноманітною: ігри і заняття, в основному, з власною дитиною під час її адаптації до умов суспільного виховання, виконання окремих прохань вихователя щодо виготовлення разом із дітьми поробок для ігор, своєрідне шефство у разі потреби над окремою дитиною, проведення екскурсій і спостережень, оформлення з ними виставок, підготовка різного роду спектаклів і концертів, керівництво гуртками дитячої і батьківської творчості, допомога окремим сім'ям і багато іншого. Такі форми роботи створюють найсприятливіші умови і

збагачують практику сімейного виховання, роблять її більш керованою, педагогічно цілеспрямованою.

Як у сімейному вихованні, так й у процесі виховання в дитячому садку, метою є не вчити дитину, не давати їй готові завдання, а насамперед розбудити в дитині її духовні сили, допитливість, виховувати її почуття, щоб очі дитини вмiли бачити, вуха прислухалися до всього, ручки вмiли користуватися й олівцями, і ножицями, і глиною, і папером. Дітей з порушеннями ОРА не можна ні до чого примушувати, вихователь повинен розуміти дитину, відчувати її щиросердечний стан. У дитячому садку замість атмосфери шкільної дисципліни повинен бути присутнім дух розкутості, радості, веселощів.

Зміст та структура програми не обмежує творчості вихователів. Розподіл програмних вимог не пов'язаний із формами організації навчання. Вибір останніх – за вихователем, який реалізує завдання розділів у дидактичних іграх, індивідуальному спілкуванні з дитиною чи під час організованих занять, виходячи з індивідуальних особливостей своїх вихованців.

Проведена дослідна робота дозволила, по-перше, обґрунтувати педагогічні умови та програму підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі. По-друге, розробити індивідуальні програми підготовки дітей з ПОРА до навчання в загальноосвітній школі, які передбачають організацію спільної праці багатопрофільного колективу спеціалістів: педагогічних працівників дошкільних закладів, фахівців державних служб, науковців та волонтерів-студентів, медиків, психологів, реабілітологів. По-третє, визначити місце і роль кожного з учасників корекційно-реабілітаційної діяльності, передбаченої програмою підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу, які, на нашу думку, полягають в: підборі корекційно-побутових, розвивальних та навчальних ігор для розвитку життєвої компетентності дітей, оволодіння ними навичками навчальної діяльності, вмінням долати труднощі, самостійно виконувати завдання; сприянні творчого розвитку дітей з ПОРА, організації змістовного дозвілля, відпочинку та оздоровлення; формуванні активності й самостійності дітей; організації консультування батьків дітей з порушеннями опорно-рухового апарату з

метою активної участі останніх у корекційно-реабілітаційній роботі; налагодженні безперервного зв'язку із соціальними службами та громадськими організаціями, які за своїм статутом займаються справами інвалідів та осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Особливість роботи корекційного педагога з дітьми з ПОРА полягає у створенні педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому розвитку такої дитини, досягненні нею своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Але педагог не може вирішувати за дитину її проблеми, він повинен допомогти їй визначити особисту позицію, сформовану незалежно від зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогти самоактуалізуватись у подоланні перешкод. Дитина з ПОРА, що адекватно оцінює своє становище і усвідомлює свою самоактуалізацію, досягає душевного і психічного здоров'я, стає соціально повноцінною особистістю.

З метою вчасного визначення та реалізації наявного потенціалу дитини з інвалідністю в умовах центрів соціальної реабілітації обов'язковими заходами є заходи з професійної орієнтації дітей з ПОРА. Внаслідок залучення дитини в загальний процес профорієнтаційної роботи, їй вдається свідомо та обґрунтовано прийняти рішення щодо вибору професії, місця роботи, навчання, пізнати свої слабкі і сильні сторони, можливості. Важливим фактором в організації цієї роботи є передбачення майбутніх цінностей, вивчення ринку праці.

Завдяки створеним в умовах центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів трудових майстерень, діти мають можливість засвоїти ази майбутньої професії. Важливим шляхом інтеграції дітей та молоді у суспільне життя є їх соціокультурна реабілітація в закладах соціального обслуговування: центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями; спеціалізованих реабілітаційних центрах, центрах профорієнтації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями.

Мультидисциплінарний підхід в роботі центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей з функціональними обмеженнями дає можливість забезпечити

надання їм комплексу соціальних послуг та здійснювати різні форми психолого-педагогічної роботи, зокрема: послуги з побутової реабілітації дітей з ПОРА (навчання елементів самообслуговування та норм елементарної поведінки в різних мікросоціумах); психологічне консультування з особистісних проблем; послуги з психологічної корекції; лікувально-оздоровчі заняття в облаштованих кімнатах, басейнах тощо; консультування батьків, родичів дітей з функціональними обмеженнями з юридичних, правових, психолого-педагогічних питань; психологічні тренінги; ігротеки; навчальні програми та курси; групи тимчасового перебування дітей; гуртки та творчі майстерні для дітей; прокат реабілітаційного обладнання; бібліотечне обслуговування; групи психологічної підтримки для батьків; відвідування дітьми культурно-масових заходів у театрах, клубах, кінотеатрах тощо; виставки творчих робіт дітей; екскурсії, свята, фестивалі, конкурси; клуби спілкування та клуби за інтересами; оздоровчі літні табори для дітей з ПОРА та їхніх батьків.

Створюючи програму корекційної роботи в реабілітаційних центрах, необхідно спиратися на такі принципи організації психолого-педагогічно-реабілітаційного процесу: єдності діагностики та корекції; динамічного вивчення; якісного аналізу результатів обстеження; ранньої корекції відхилень у розвитку дитини; врахування закономірностей онтогенетичного розвитку; реалізації діяльнісного підходу до виховання та навчання дітей; комунікативної спрямованості виховання та корекції розвитку дитини; індивідуально-диференційованого підходу, який передбачає врахування як індивідуально-типологічних особливостей окремої дитини, так і групи дітей; залучення батьків до корекційно-розвивального процесу, ведення щоденників розвитку та досягнень дитини.

Обов'язковою умовою є проживання дитини в своїй сім'ї, у біологічно-близькому та психологічно-комфортному оточенні. Соціосімейні форми реабілітаційного середовища важливі тим, що передбачають створення навколо дитини-інваліда таких умов, які б до мінімуму зводили виникнення негативних емоцій, стресових ситуацій, а посилювали б почуття взаєморозуміння, доброзичливості, гуманістичних підходів до вирішення проблемних ситуацій на основі добра, справедливості, чуйності, любові. Зазначені форми реабілітаційного

середовища повинні бути так сформовані, щоб у дітей завжди виникало бажання туди повернутися, а таке відчуття виникне тільки на фоні позитивних емоцій. Відсутність негативних подразників, усунення будь-яких перешкод, створення оптимальних умов для дітей-інвалідів - необхідна умова їх спокою, відносно сталого психологічного стану.

Життя дитини з обмеженими можливостями неможливе без спілкування - основного показника інтеграції. Але, саме в силу своїх обмежень вона часто позбавлена можливості перебувати серед своїх однолітків, можливості спілкуватись. Реабілітаційне середовище покликане відкрити дітям-інвалідам рівні можливості для самоствердження. Тому, організовуючи реабілітаційний процес, формуючи середовище, в якому будуть перебувати діти, слід пам'ятати, що вони повинні мати рівні можливості. Не можна робити щось простіше, не в повному обсязі, без належного сприйняття дітей-інвалідів як рівних (Рис. 2.7.).

Реабілітаційне середовище являє собою простір, в якому відбувається процес подолання певних вад, забезпечується соціалізація особистості. Середовище, у якому зростає і розвивається дитина, неодмінно впливає на процес її формування, має важливе значення для життєдіяльності, воно повинно бути оптимально спланованим і якісно облаштованим, виступати організуючою структурою, у межах якої відбувається процес реабілітації дитини-інваліда, процес її розвитку як особистості. Можемо зазначити, що реабілітаційне середовище повинно створюватись на основі існуючого суспільного життя та предметно-просторового оточення; урахувати індивідуальні потреби дітей і перш за все ті, які виникли внаслідок відхилень від нормального розвитку; урахувати інтереси і можливості сім'ї, передбачати її участь в реабілітаційному процесі; носити дидактичний, розвивальний характер, мати можливість до трансформування та змін, пов'язаних з ростом та розвитком дитини; вивести дитину в реальний світ, поступово зводячи до мінімуму спеціальні пристосування та штучно створені умови.

Наступна умова успішного вирішення завдань соціальної адаптації дітей-інвалідів вимагає кваліфікованого підходу до їх розв'язання, виявлення педагогічної культури і професійної майстерності з боку тих, хто залучається до освітньо-

виховної та реабілітаційної роботи з цією категорією дітей. З погляду організаційно-педагогічного забезпечення цього процесу видаються необхідними:

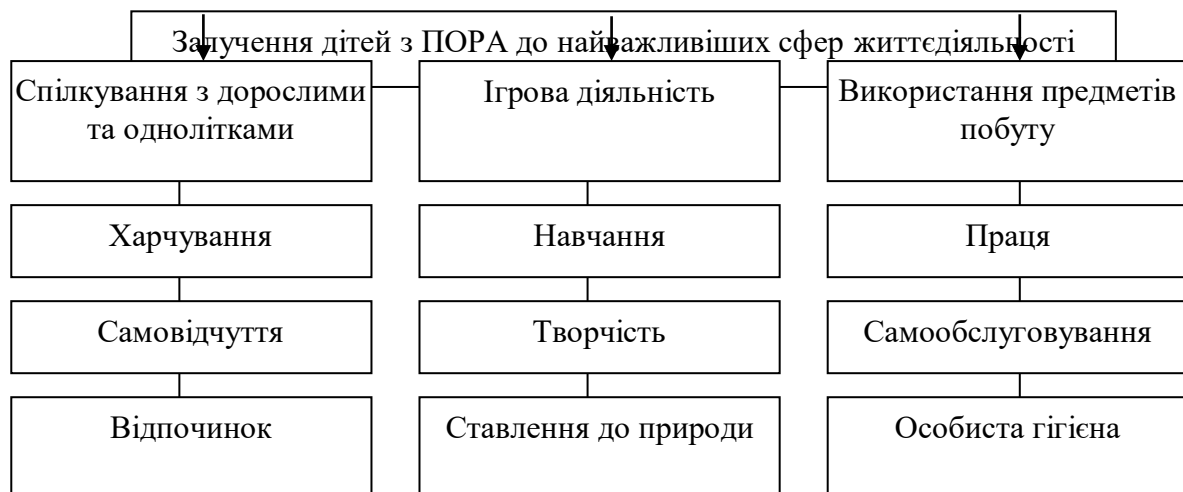


Рис.2.7. Залучення дітей-інвалідів в центрах ранньої соціальної реабілітації до найважливіших сфер життєдіяльності

- підвищення педагогічної культури батьків;
- підготовка вчителя-реабілітолога та асистента вчителя-реабілітолога до роботи в центрах;
- підготовка спеціалістів та керівників центрів ранньої соціальної реабілітації;
- науково-методична допомога працівникам центрів.

Психолого-педагогічний супровід дітей з обмеженими функціональними можливостями має на меті допомогти й підтримати дитину у процесі соціальної адаптації в загальній системі соціальних відносин та взаємодій, насамперед, у рамках тієї навчальної системи, де вона знаходиться. В цьому процесі соціальний супровід дитини з обмеженими можливостями здоров'я для запобігання та корекції обмежень життєдіяльності й порушення здатності виконувати соціальні ролі, повинен бути спрямований на три головні складові процесу соціалізації: розвиток особистості дитини; підготовка до самостійного життя; професійна підготовка та можливість працевлаштування.

Отже, процес супроводу дітей з ПОРА є системою передавання суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей та потреб різних категорій дітей з

порушеннями розвитку за активної їх участі та забезпечення адекватних умов, у результаті чого діти долучаються до всіх соціальних систем, структур, соціальних, зв'язків, беруть активну участь в основних сферах життя і діяльності суспільства, готуються до повноцінного дорослого життя, самореалізації та розкриття як особистості.

Застосування педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями психофізичного розвитку до навчальної діяльності (створення ігрового освітньо-виховного середовища щодо надання комплексної педагогічної, психологічної, медичної допомоги дітям з ПОРА в дошкільному закладі, впровадження в практику діяльності дошкільних закладів експериментальної програми підготовки дітей до навчання на основі особистісно орієнтованого підходу і психолого-педагогічного супроводу дітей з вадами психофізичного розвитку та членів їх сімей) дозволило з достатньою ефективністю адаптувати дітей до умов сучасного загальноосвітнього середовища і значно покращити рівень їх готовності до навчання в школі інтегрованого типу.

Використаний нами педагогічний підхід до діяльності суб'єктів корекційно-реабілітаційної роботи з дитиною з ПОРА ми розглядаємо як підхід, що сприяє реалізації творчого потенціалу, активізації зусиль особистості на вирішення власних проблем.

2.4. Науково-теоретичні та організаційно-педагогічні аспекти комплексної реабілітації та соціалізації молоді з порушеннями ОРА в умовах регіонального корекційно-реабілітаційного середовища

Наступним кроком даного дослідження стало визначення особистого ставлення інвалідів до самих себе, ступеня реалізації власних можливостей, основних видів інтеграції молоді з функціональними обмеженнями здоров'я, з'ясувань ставлення до можливості працевлаштування, виявлення причин, які перешкоджають самореалізації людей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Сучасна державна політика щодо соціального захисту людей з функціональними обмеженнями здоров'я визнала за основоположний принцип створення для них рівних умов і рівних можливостей для інтеграції в суспільство. Тому проблема дослідження особливостей життєдіяльності людей з ПОРА є надзвичайно актуальною, особливо враховуючи глибинні соціальні трансформації.

Молодь з ПОРА має, як відомо, сталу соціальну дезадаптацію, яка обмежує можливість їх інтеграції в суспільство, через що потребує постійного догляду та опіки. Людям з інвалідністю доводиться самим долати всі перешкоди, самостійно матеріально забезпечувати власне життя, знаходити шляхи задоволення духовних потреб і реалізації власних можливостей. Їм потрібні спеціальні, економічні, юридичні, соціальні та медичні гарантії, і це завдання надзвичайно актуалізується в період соціальної нестабільності в сучасному українському суспільстві.

Пріоритетним напрямом державної соціально-економічної політики розвинутих країн світу останнім часом є всебічне сприяння громадянам з обмеженими можливостями в реалізації їх невід'ємного права на продуктивну працю в умовах свободи, рівності, безпеки та почуття власної гідності. Обраний розвинутими країнами курс на забезпечення зайнятості осіб з інвалідністю забезпечив досягнення певних позитивних результатів - рівень їх трудової зайнятості суттєво підвищився, сягнувши 29,0% від загальної чисельності працездатних інвалідів у США, 40,0% - у Великій Британії, 55,0% - в Італії, 60,1% - у Швеції [134].

Програма наших досліджень будувалась на підставі результатів аналізу стану реабілітаційної роботи з інвалідами у Луганській області. Проведений нами аналіз дозволив дійти висновку, що турбота про осіб з психофізичними вадами в регіоні лягла, в основному, на плечі батьків, медиків та педагогів спеціальних навчально-виховних закладів. Чотирьохвідсотковий норматив щодо працевлаштування інвалідів, як це передбачено чинним законодавством, забезпечують понад 60 % підприємств, проводиться робота з атестації робочих місць інвалідів.

На цей час інклюзивною освітою (спеціальні навчальні заклади, спеціальні інтегровані класи, ПТУ-інтернат для інвалідів) в області охоплено близько 50% осіб з обмеженими можливостями. У навчальних закладах області та їх гуртожитках створюються умови для задоволення потреб учнів з фізичними вадами. В цілому заклади освіти області пристосовані до потреб інвалідів на 25%, заклади культури – 27% [72].

Без іспитів сьогодні 15-35-річні інваліди II і III груп можуть вступити до Луганського профтехучилища-інтерната та отримати спеціальності: кравець із пошиття верхнього чоловічого одягу з основами розкрою, кравець із пошиття легкого жіночого плаття з основами розкрою; закрійник легкого жіночого плаття для індивідуальної трудової діяльності із числа кравців; пошивник чоловічого, жіночого взуття з умінням ремонту. Термін навчання від 10 місяців до 3-х років.

З метою організації надання комплексних реабілітаційних послуг у м.Луганську створено Міжрегіональний центр професійної, медико-фізичної та соціальної реабілітації інвалідів. З початку 2007 року у зазначеному центрі інвалідів проводиться робота з відвідувачами денного стаціонару (надання психологічної допомоги інвалідам, направленим громадськими організаціями та МСЕК, індивідуальне консультування з професійної орієнтації інвалідів).

За останні п'ять років в Україні зроблено реальні та значущі кроки щодо гармонізації вітчизняного законодавства у сфері професійної реабілітації та зайнятості інвалідів до міжнародних стандартів. Професійна реабілітація та працевлаштування інвалідів у контексті цих законів розглядається як основний засіб створення умов для гідного життя інвалідів, забезпечення рівності їх прав. Це

дозволило змінити підходи щодо ролі осіб з інвалідністю в економічному та соціальному житті суспільства, визначити ефективні методи та заходи щодо забезпечення їх зайнятості у відповідності до їх можливостей і потреб, створити умови для включення їх до сфери праці.

Разом з тим, у сфері забезпечення зайнятості інвалідів та їх працевлаштування ще багато невирішених проблем.

Ці проблеми можна орієнтовно розділити на такі складові:

- забезпечення рівних умов та дотримання прав інвалідів у сфері праці та зайнятості; вдосконалення вітчизняного законодавства щодо працевлаштування та зайнятості інвалідів в частині антидискримінаційних норм по відношенню до людей з інвалідністю;
- розвиток та поширення інтегрованої та інклюзивної форм освіти та професійного навчання інвалідів;
- забезпечення можливості безперешкодного отримання реабілітаційних послуг та професійного навчання за місцем проживання інваліда;
- удосконалення інформаційної бази щодо обліку працездатних та працюючих інвалідів та інвалідів, які бажають працювати;
- удосконалення механізму стимулювання роботодавців до створення робочих місць для працевлаштування інвалідів та механізму стимулювання інвалідів до участі у трудовому житті;
- підвищення мотивації інвалідів до праці, використання нових форм та режимів праці для інвалідів (соціальні кооперативи, гнучкі форми та режими праці, надомна праця тощо);
- створення умов для безперешкодного доступу інвалідів до усіх сфер життєдіяльності.

Досвід роботи центрів реабілітації в Луганській області свідчить, що при розробці стратегії інтеграції інвалідів в сучасне суспільство, в першу чергу, слід створити необхідні умови (реабілітаційне середовище) з метою забезпечення максимальної диференціації й індивідуалізації роботи міждисциплінарної команди фахівців щодо комплексної реабілітації осіб з обмеженнями життєдіяльності з

урахуванням особливостей їх психофізичного розвитку та соціально-педагогічних ситуацій, у яких вони перебувають, для їх розвитку, самореалізації і самовдосконалення, що в кінцевому результаті дасть їм можливість змінювати певні обставини свого життя.

Нами, починаючи з 2006р., були організовані спеціальні наукові дослідження за темою «Педагогічні умови забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями». Практична реалізація програми впровадження розроблених нами педагогічних умов ефективної професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я була здійснена відповідно замовлень Головного управління праці та соціального захисту Луганської області та Всеукраїнської громадської організації інвалідів НТІ «Інститут соціальної політики».

Впровадження розроблених нами педагогічних умов здійснювалося у створену раніше та функціонуючу систему діяльності лікувальних, санаторних, освітніх та реабілітаційних закладів, базовими елементами якої були режим, корекційно-профілактична робота та соціально-психологічна реабілітація. Розроблені умови змістовно вносили позитивні зміни в кожен із компонентів системи, підвищуючи її ефективність.

Технологічно реалізація запропонованої нами регіональної системи соціальної інтеграції інвалідів здійснювалася через розробку низки індивідуальних програм реабілітації для кожної особи відповідно до умов і місця їх використання: 1) в родині; 2) у навчально-виховному закладі; 3) в обласних центрах реабілітації; 4) у міськрайонних відділеннях центрів реабілітації за місцем проживання; 5) у лікувально-санаторних закладах; 6) у державних і громадських організаціях для інвалідів; 7) на підприємствах і в організаціях, де працюють інваліди.

Педагогічна робота з молоддю, що має психофізичні порушення, здійснювалась нами на основі комплексного, особистісно орієнтованого підходу за участі багатопрофільної команди фахівців кафедр соціальної педагогіки, дефектології та психокорекції інституту педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, працівників регіональних

центрів реабілітації (соціальних працівників, дефектологів, вихователів, психологів, медичних працівників, реабілітологів), батьків та членів сімей осіб з ПОРА, представників всеукраїнських громадських організацій інвалідів, волонтерів.

Такий підхід надав можливість розробити і впровадити програму корекційно-реабілітаційної роботи, оптимізувати навчально-виховний процес освітніх закладів – учасників проекту, спрямувати його складові для підвищення рівня життєвої компетентності, вміння долати труднощі, самостійності осіб з ПОРА, задовільнення потреб у визнанні їх досягнень, формуючи відчуття самодостатності і гордості за досягнуті результати.

В експериментальній роботі, яка тривала з 2007 по 2011 роки, взяли участь 458 осіб з порушеннями ОРА, 240 студентів Луганського ПТУ-інтернату для інвалідів, 913 клієнтів міжрегіонального центру професійної реабілітації інвалідів.

Роботу було організовано за етапами. **Перший** (діагностично-організаційний) **етап** включав комплексну первинну, а потім щорічно повторювану психолого-педагогічну діагностику інвалідів-учасників проекту та вивчення їх запитів і планів; аналіз соціальної ситуації, у якій перебуває особа з вадами ОРА; вивчення можливостей усіх суб'єктів корекційно-реабілітаційної роботи. Логічним результатом цього етапу слід вважати розробку взаємодоповнюючих програм: індивідуальної програми професійної орієнтації та розвитку особи з ПОРА, індивідуальної програми комплексної соціальної адаптації та індивідуальної програми трудової реабілітації інваліда.

На другому (реабілітаційному) **етапі** здійснювалася особистісна корекційно-реабілітаційна робота щодо реалізації розроблених на першому етапі програм. Вирішувалися питання навчання, перепідготовки, підвищення кваліфікації й працевлаштування інвалідів, використовуючи передбачені державою пільги та додаткові умови їх навчання у ВНЗ I-II та III-IV рівнів акредитації, у закладах професійно-технічної освіти та під час працевлаштування.

У кожному конкретному випадку формулювалися основні принципи організації діяльності, визначалася пріоритетність напрямів роботи, формувався її

конкретний зміст за означеними секторами (при цьому кожного разу він був різним, а точніше індивідуальним).

Переважна більшість громадян з інвалідністю стикається з труднощами при виборі професії (спеціальності), яка б одночасно відповідала двом критеріям: по-перше, була прийнятною для них у відповідності до стану здоров'я, особистих здібностей, можливостей, індивідуально-психологічних якостей, по-друге, була б випитаною на ринку праці. Допомогти інвалідам у правильному виборі професії, яка б одночасно відповідала цим двом вищезазначеним критеріям, покликана система професійної орієнтації, головними цілями якої є забезпечення соціальних гарантій у сфері вільного вибору професії, форми зайнятості та шляхів самореалізації інваліда в умовах ринкових відносин; досягнення збалансованості між професійними інтересами особи з інвалідністю, її психофізичними особливостями та можливостями ринку праці; прогнозування професійної успішності в будь-якій сфері трудової діяльності; сприяння розвитку професіоналізму особистості як важливої умови її задоволення працею, реалізації індивідуального потенціалу.

Проведення професійної орієнтації передбачає низку заходів: з'ясування рівня загальної та професійної освіти інваліда; виявлення кола потенційно доступних професій; діагностика індивідуальних професійних можливостей: ступінь розвитку пізнавальних функцій; актуальний запас знань; ступінь розвитку конструктивно–практичної діяльності, навичок, умінь; психологічна діагностика здібностей; виявлення професійних інтересів, переваг, планів; розширення загальної уяви про світ професій та докладна інформація про об'єктивно доступні професії; у разі необхідності корекції професійних намірів, допомога у виборі відповідної професії; організація професійного навчання за обраною професією.

У нашій експериментальній роботі основними суб'єктами, що здійснювали професійну орієнтацію інвалідів (у т.ч. дітей-інвалідів) стали: центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Відродження» та його міськрайонні відділення; загальноосвітні та спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) для дітей-інвалідів; медико-соціальна експертна комісія; обласна служба зайнятості;

міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів; навчальні заклади професійно-технічної та вищої освіти.

В основу профорієнтаційної роботи з особами з ПОРА покладено такі принципи: комплексний характер надання особам з інвалідністю профорієнтаційних послуг; узгодженість інтересів, можливостей особистості та потреб ринку праці; об'єктивність, що передбачає врахування стану здоров'я, психологічного стану, рівня освіти, кваліфікації, сімейного становища, соціально-побутових умов, економічних чинників; доступність професійної та іншої інформації щодо можливостей вибору чи зміни професії, форм навчання і працевлаштування; добровільність і безкоштовність отримання профорієнтаційних послуг на гарантованому державному рівні; конфіденційність та рекомендуєчий характер висновків профконсультацій, профвідбору, дотримання працівниками профорієнтаційних служб норм професійної етики; пріоритет інтеграції у суспільне виробництво й соціальне середовище перед деінтеграцією або ізоляцією.

Професійна орієнтація за змістовними напрямками функціонування має такі структурні елементи, як професійна інформація, професійна консультація, професійний відбір, професійна адаптація.

Критичний вік, на якому було зосереджено увагу фахівців центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів при проведенні професійної орієнтації, – це вік від 14 до 18 років. Саме в цей період життя у дитини формується інтерес до певної професії (спеціальності), зайнятості, умов і організації праці, заробітної плати, відношення до роботи тощо (Табл. 2.16).

Таблиця 2.16.

Структурні елементи професійної орієнтації

Структурні елементи професійної орієнтації	Сутність структурних елементів професійної орієнтації
професійна інформація	документовані або публічно оголошені відомості про трудову діяльність та її роль в професійному самовизначенні особи, інформація про стан, потребу і динаміку ринку праці, зміст та перспективи розвитку сучасних професій і вимоги до особи, форми та умови оволодіння ними, можливості професійно-кваліфікаційного зростання і побудови кар'єри, що спрямована на формування професійних інтересів, намірів та мотивації особи щодо вибору або зміни виду трудової діяльності, професії, кваліфікації, роботи

професійна консультація	організована взаємодія фахівця з професійної орієнтації та особи, яка отримує послугу, що спрямована на оптимізацію її професійного самовизначення на основі виявлення індивідуально-психологічних характеристик, особливостей життєвих ситуацій, професійних інтересів, нахилів, стану здоров'я та з урахуванням потреби ринку праці
професійний відбір	науково обґрунтована система заходів, що створює умови для встановлення професійної придатності особи до провадження конкретних видів професійної діяльності та посад згідно з нормативними вимогами і конкретним робочим місцем
професійна адаптація	науково обґрунтована система заходів, що забезпечує входження, оволодіння та досягнення особою професійної майстерності у конкретному виді професійної діяльності на конкретному робочому місці

З метою вчасного визначення та реалізації наявного потенціалу особи з інвалідністю нами в умовах центру соціальної реабілітації та його міськрайонних відділень до обов'язкових заходів по роботі було запропоновано додати заходи з професійної орієнтації – «Крок до професії». Внаслідок залучення осіб з ПОРА в загальний процес профорієнтаційної роботи, їм вдається свідомо та обґрунтовано прийняти рішення щодо вибору професії, місця роботи, навчання, пізнати свої слабкі і сильні сторони, можливості.

Завдяки створеним в умовах центрів соціальної реабілітації інвалідів трудових майстерень, вони мали можливість засвоїти ази майбутньої професії. На підставі індивідуального плану реабілітації визначаються строки, тривалість, послідовність та комплексність заходів з професійної орієнтації дитини-інваліда.

Заходи з професійної орієнтації склалися з: розробки рекомендацій та їх реалізації щодо можливостей інваліда вільного вибору професій, спеціальностей, форми зайнятості та шляхів реалізації особистості в умовах ринкових відносин, прогнозування, планування кар'єри у обраних інвалідом сферах діяльності; реалізації наявного потенціалу та ефективної інтеграції особи з ПОРА в суспільне виробництво та соціальне життя.

На підставі соціальної діагностики інваліда, робота з професійної орієнтації здійснювалася фахівцями центру у співпраці психолога, викладача з трудового навчання, соціального працівника, педагога та медичного персоналу на основі практичних знань, умінь, форм і методів у поєднанні з психологічними, педагогічними та медичними заходами.

Професійна інформація передбачала повне та всебічне знайомство інвалідів зі світом професій, з правилами вибору професії, з соціально - економічними, психологічними і медико-фізіологічними аспектами вибору професії. У режимі діяльності центру було організовано бесіди, лекції, перегляд телепрограм профорієнтаційного спрямування, проведення кінолекторіїв, зустрічі з керівниками підприємств, директорами центрів професійної реабілітації інвалідів.

Професійна консультація (професійна інформація, бесіда, визначення професійної придатності на основі психологічного вивчення особистості), як складова частина професійної орієнтації, проводилася нами з урахуванням фізичних та психологічних особливостей інвалідів, їх здібностей та схильностей, загальної та професійної підготовки, а також відомостей про попит професій на ринку праці, можливостей працевлаштування та навчання, засновуючись на наступних принципах: добровільної участі у консультації; активності у прийнятті рішення; конфіденційності діагностичної інформації; існування декількох варіантів вибору.

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

На основі результатів професійної, психофізичної та медичної діагностики, раціональної та всебічно обґрунтованої профорієнтації здійснювався професійний підбір – надання рекомендацій особам з ПОРА про можливі варіанти професійної діяльності відповідно їх можливостям, що дозволяє придбати знання та практичні навички з конкурентоздатних на ринку праці кваліфікованих професій.

Ефективне проведення заходів професійної орієнтації забезпечують реалізацію процесу професійного самовизначення - процесу, що охоплює весь період професійної діяльності особистості: від виникнення професійних намірів до виходу з трудової діяльності. Піком цього процесу, переломним моментом у житті є акт вибору професії. За часом він звичайно збігається з закінченням школи і тісно пов'язаний з попередніми етапами професійного самовизначення. Як відомо, найбільше правильному вибору професії сприяє практична діяльність. Тільки

спробувавши свої сили на практиці, можна говорити, наскільки подобається робота, чи сприяє вона самореалізації.

Професійна орієнтація інвалідів здійснювалась також у загальноосвітніх та спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах). Роль цих навчальних закладів у проведенні профорієнтації полягала у: вихованні в учнів з інвалідністю настанов на працю та позитивне ставлення до трудової діяльності в цілому; розвитку загальнотрудових якостей та навичок, що важливі для успішного виконання будь-якого виду професійної діяльності (навичок спілкування, самоконтролю тощо); виявленні шляхом комплексної діагностики індивідуальних можливостей інвалідів до оволодіння тими чи іншими видами трудової, професійної діяльності; формуванні установки й мотивації учнів саме на показані їм (виходячи із результатів діагностики) види трудової діяльності; згладжуванні, ліквідації неадекватних установок, мотивацій, ставлення учнів до показаних їм видів трудової діяльності; сприянні учням у здійсненні адекватного їх індивідуальним фізичним і психічним можливостям професійного вибору.

У МСЕК здійснювалася професійна орієнтація консультативного, рекомендаційного характеру, професійний підбір, корекція професійних інтересів. Професійна орієнтація у МСЕК проводилася як з інвалідами, які ще не мають професії (спеціальності), тобто ще стоять перед проблемою первинного вибору професії, так і з тими особами, яким через настання інвалідності необхідна зміна професії (спеціальності).

Професійний підбір у МСЕК включав такі аспекти: 1) медичний (лікарська професійна консультація) - визначення медичних показань чи протипоказань до продовження професійної діяльності, доступних інвалідові характеру, умов, режимів і форм організації праці, рекомендованих професій та видів праці; 2) психофізіологічний (профвідбір) - оцінка придатності інваліда до виконання роботи у показаних йому за станом здоров'я професіях; 3) психологічний - з'ясування й урахування при підборі професії на основі детермінант суб'єктивно-особистісної активності бажаних видів професійної діяльності; 4) технічний - визначення показань до забезпечення інваліда технічними засобами професійної реабілітації та

ергономічного пристосування робочого місця; 5)соціальний - урахування при підборі професійної діяльності соціальних чинників, що характеризують рівень загального і професійного навчання, кваліфікацію, професійний маршрут, сімейне і матеріальне становище, житлові умови, відстань від домівки до місця роботи і спосіб пересування тощо; 6)економічний - урахування при підборі професій стану та динаміки ринку праці.

Результатом професійного підбору у МСЕК став підбір інваліду рекомендованих конкретних професій або видів праці з урахуванням його захворювання, персональних особливостей, віку, рівня освіти, соціальних та побутових умов. Рекомендовані інваліду професії заносяться до професійного розділу індивідуальної програми реабілітації інваліда, яка заповнюється фахівцями МСЕК.

У центрах зайнятості області інвалідам надавався повний комплекс профорієнтаційних послуг, а саме: індивідуальні та групові послуги з професійного інформування, професійного консультування (у т.ч. з використанням профдіагностичного обстеження особи та елементами професійної адаптації) та професійного відбору. Здійснюється також психологічна підтримка, формування відповідних соціально-професійних якостей, настанов, потреб у праці, забезпечується активізація власної позиції інваліда у процесі професійної реабілітації. Основними методами психологічної підтримки є консультація, психодіагностика, психологічна корекція, психологічний тренінг та інші індивідуальні та групові методи, спрямовані на зняття психологічної напруги, формування потреб особистої ініціативи у вирішенні проблем власної зайнятості, навчання ефективній поведінці на ринку праці (формування плану пошуку роботи, складання резюме, підготовка до співбесіди з роботодавцем).

Професійне інформування, що здійснюється центрами профреабілітації, полягає у систематичному висвітленні діяльності центрів професійної реабілітації в центральних та регіональних засобах масової інформації, відеоматеріалах та новинах на центральному, обласному, місцевому телебаченні, оголошеннях щодо набору слухачів на радіо; розміщенні на веб-сайті правил прийому інвалідів на

навчання, переліку професій, за якими здійснюється навчання, і необхідних для вступу документів; систематичному направленні інформації про діяльність центрів профреабілітації регіональним органам праці та соціального захисту населення, центрам зайнятості.

Професійне консультування полягає у наданні фахівцями центрів профреабілітації вступникам індивідуальних інформаційно-довідкових консультацій щодо правил направлення інвалідів на навчання до центрів профреабілітації, умов вступу на навчання, особливостей підготовки за професіями, кваліфікаційними та медичними вимогами, що ставляться до професії.

Кінцевим етапом професійної орієнтації інвалідів, що здійснюється в умовах центрів професійної реабілітації, став професійний відбір, що включає медичне обстеження, професійні тестування, соціально-експертну діагностику з метою визначення рівня здатності інваліда до навчання, рівня сформованості професійно важливих якостей. У результаті профвідбору фахівцями центру профреабілітації робиться висновок щодо можливості (неможливості) інваліда оволодіти обраною професією та, відповідно, можливості або неможливості зарахування його на навчання до центру профреабілітації.

До процесу проведення професійної орієнтації інвалідів були залучені також навчальні заклади професійно-технічної та вищої освіти (як спеціалізовані для навчання інвалідів, так і інтегровані). Відповідні фахівці навчальних закладів проводять професійне інформування серед випускників шкіл (у т.ч. шкіл-інтернатів) щодо професій, які можна здобути, вимог, що висуваються до абітурієнтів, тощо.

Для забезпечення можливості профорієнтаційної роботи, реалізації наявного потенціалу та знаходження шляхів раціонального працевлаштування молоді з інвалідністю, що сприятиме поступовій ефективній їх інтеграції у суспільне виробництво і соціальне життя, за нашою ініціативою у центрах реабілітації були створені трудові майстерні (швейні; майстерня з лозоплетіння; майстерня з виготовлення декоративних свічок; столярна майстерня; слюсарна майстерня; майстерня художньої кераміки; фотомайстерня; майстерня гарденотерапії та ін.).

Таким чином, виходячи з викладеного вище, можна констатувати, що нами було сформовано регіональну систему професійної орієнтації інвалідів. Разом з тим, у цій системі наявний ряд проблем, які перешкоджають її ефективному функціонуванню та, відповідно, знижують якість надання інвалідам профорієнтаційних послуг: відсутність у всіх суб'єктів, що здійснюють професійну орієнтацію інвалідів, інформації щодо перспективної потреби підприємств (установ, організацій) у кадрах у професійно-кваліфікаційному розрізі. Це обумовлене відсутністю в регіоні планування перспективної потреби в кадрах за професіями та спеціальностями. Зазначене призводить до того, що усі суб'єкти професійної орієнтації орієнтують інвалідів на здобуття професій (спеціальностей), на які є поточна потреба на ринку праці, тоді як професійна орієнтація покликана сприяти громадянам у виборі тих професій, на які наявний попит на ринку праці не тільки у теперішній час, але й буде у перспективі; відсутність сучасних (оновлених) переліків професій, рекомендованих для професійної підготовки та працевлаштування інвалідів із різними нозологіями захворювання (у т.ч. із розумовою відсталістю); недостатність фінансування системи професійної орієнтації інвалідів, що, у першу чергу, перешкоджає створенню на базі суб'єктів, що здійснюють професійну орієнтацію інвалідів, сучасних навчально-трудова та навчально-виробничих майстерень, де б здійснювалася професійна адаптація інвалідів; недостатня забезпеченість процесу професійної орієнтації інвалідів методичними ресурсами (відсутність належної кількості методик, рекомендацій, підручників професіографічного та психологічного характеру з питань професійної орієнтації інвалідів); недостатня чисельність кваліфікованих кадрів (профконсультантів) для проведення професійної орієнтації інвалідів; відсутність дієвого механізму, що забезпечував би ефективну участь у роботі МСЕК при проведенні заходів із експертизи професійної придатності інвалідів спеціалістів з інженерної психології та психології професійного відбору, педагогічних працівників, що займаються навчанням і професійною підготовкою інвалідів, спеціалістів державної служби зайнятості.

Суттєвому підвищенню ефективності функціонування регіональної системи професійної орієнтації інвалідів сприяло залучення до проведення профорієнтаційних заходів громадських організацій інвалідів, які на теперішній час ще не у повній мірі реалізують свій потенціал щодо здійснення цієї діяльності. На виробничій базі підприємств громадських організацій інвалідів було організовано проведення заходів з професійного інформування інвалідів, формування в них трудових навичок тощо. Крім того, громадські організації інвалідів у ряді випадків виконували посередницькі функції між іншими суб'єктами, залученими до процесу професійної орієнтації інвалідів.

Одним із компонентів, що входить до складу системи професійної реабілітації інвалідів, є їх професійна та фахова підготовка, перепідготовка й підвищення кваліфікації (здобуття професійно-технічної або вищої освіти інвалідами, що забезпечує відповідний рівень професійної (фахової) кваліфікації, необхідний для продуктивної професійної діяльності).

Перепідготовка інвалідів передбачає професійно-технічне або фахове навчання, спрямоване на оволодіння іншою професією працівниками, які здобули первинну професійну (фахову) підготовку. Підвищення кваліфікації інвалідів являє собою професійно-технічне або фахове навчання працівників, що дає можливість розширювати й поглиблювати раніше здобуті професійні (фахові) знання, уміння і навички на рівні вимог виробництва чи сфери послуг.

Результатом професійної (фахової) підготовки, перепідготовки й підвищення кваліфікації інвалідів (далі - професійна підготовка інвалідів) є здобуття ними професії (спеціальності) або поглиблення професійних знань, що є основою для їх подальшого працевлаштування.

Професійна підготовка інвалідів в Луганській області переважно здійснювалася: а) центром професійної реабілітації інвалідів сфери управління Мінсоцполітики України; б) професійно-технічним училищем-інтернатом для інвалідів сфери управління Мінсоцполітики України; в) за сприяння обласної служби зайнятості; г) професійно-технічними училищами та технікумами сфери управління Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України; д) вищими

навчальними закладами сфери управління Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, інших центральних органів виконавчої влади.

З метою сприяння працевлаштуванню випускників-інвалідів ПТУІ співпрацює з органами праці та соціального захисту населення, центрами зайнятості, регіональним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів, роботодавцями, надсилаючи до зазначених структур листи-запити щодо потреб у випускниках відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня, листи-клопотання щодо сприяння у працевлаштуванні випускників тощо.

Нами було організовано плідну співпрацю зі школами-інтернатами у містах Антрацит, Брянка, Краснодон, Рубіжне, де навчаються діти-інваліди з різними формами захворювань ОРА. З метою сприяння професійному самовизначенню для них проводяться різноманітні профорієнтаційні заходи. З дітьми-інвалідами організовано проведення ділових ігор, надання інформації про професії шляхом презентацій, демонстрацій відео матеріалів тощо.

Підсумовуючи вищевикладене, слід констатувати, що з метою поліпшення якості професійної підготовки інвалідів та підвищення рівня їх працевлаштування у подальшому необхідно: розширювати переліки конкурентоспроможних на ринку праці професій та спеціальностей, за якими здійснюється професійна підготовка осіб з інвалідністю; розширювати та поглиблювати співпрацю з питань працевлаштування випускників-інвалідів із роботодавцями, громадськими організаціями інвалідів, підприємствами громадських організацій інвалідів; розробити та затвердити типові штати працівників професійно-технічних училищ-інтернатів та технікумів-інтернатів сфери управління Мінсоцполітики, сприяти комплектуванню штатних розкладів цих навчальних закладів необхідною чисельністю працівників.

Слід зазначити, що професійна підготовка інвалідів здійснювалася, головним чином, у спеціальних групах, які створюються з урахуванням характеру захворювань учнів з інвалідністю (групи для інвалідів із порушенням слуху, зору, опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, розумовою відсталістю).

Здобуття інвалідами вищої освіти (фахова підготовка) здійснюється у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації (далі – ВНЗ) різних форм власності та відомчої належності. Однак найбільша питома вага студентів з інвалідністю навчається у ВНЗ сфери управління Міністерства освіти України. Навчання студентів-інвалідів у ВНЗ здійснюється як у складі спеціальних навчальних груп, так і у складі змішаних навчальних груп разом зі студентами, які не мають інвалідності.

Міністерству освіти України було запроваджено проведення експерименту щодо організації інтегрованого навчання осіб з особливими освітніми потребами у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації (наказ Міністерства освіти України від 27.06.2009 р. №587) та розроблено тимчасове положення «Про організацію інтегрованого навчання осіб з особливими освітніми потребами у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації». В експерименті щодо організації інтегрованого навчання осіб з особливими освітніми потребами беруть участь 9 ВНЗ III-IV рівнів акредитації, серед яких Луганський національний університет імені Тараса Шевченка.

Підготовка фахівців для системи освіти та професійної реабілітації інвалідів в Україні здійснюється відповідно до галузевих стандартів вищої освіти за напрямом підготовки «Педагогічна освіта» зі спеціальностей «Корекційна педагогіка», «Соціальна педагогіка», «Практична психологія», а також за напрямом підготовки «Фізична культура і спорт» зі спеціальностей «Фізичне виховання», «Фізична реабілітація».

Багатий досвід з підготовки фахівців для системи освіти та професійної реабілітації інвалідів, науково-методичного забезпечення процесу освіти інвалідів має Луганський національний університет імені Тараса Шевченка. Університет виступив одним із ініціаторів створення у регіоні навчального науково-виробничого комплексу «Соціальний захист і освіта», до якого входять представники місцевих органів влади, фахівці вищих та спеціалізованих навчальних закладів, Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, реабілітаційного центру для дітей-інвалідів, Луганського заводу ортопедичних та протезних виробів, громадських організацій інвалідів. Функціонування зазначеного навчально-науково-

виробничого комплексу дає можливість спільними зусиллями вчених, державних службовців, інженерно-технічних працівників, медиків, психологів, вчителів, педагогів, соціальних робітників вирішувати актуальні проблеми, пов'язані із освітою, соціальним захистом та реабілітацією інвалідів.

В університеті складено, оформлено та затверджено навчально-методичну базу щодо навчання студентів-інвалідів. У навчальному процесі викладачі використовують конспекти лекцій, електронні версії посібників, роздаткові матеріали, інтерактивні дошки, мультимедійні технології, схеми, таблиці, виконані з дотриманням умов застосування приладу «Полілюкс», комп'ютерну голосову програму, що значно підвищує якість навчально-методичного забезпечення студентів з особливими потребами та рівень їх підготовки. Розроблено методичні рекомендації щодо написання курсових та дипломних робіт, рекомендації для самоперевірки, що містять питання до іспитів, заліків з урахуванням типу нозології захворювання студентів, які відвідують заняття за індивідуальним графіком.

У навчальний процес студентів-інвалідів постійно впроваджуються спеціальні інформаційні та навчальні технології. З 2008 р. в університеті розпочато проект трансляції відеолекцій через Інтернет в режимі on-line. Навчальний матеріал цих лекцій подається у двох форматах – аудіо і відео, у тому числі на екрані транслюється текст, що озвучується викладачем. Також ведеться запис цих лекцій на електронні носії. Така технологія відеолекцій дозволяє викладати матеріал як широкому загалу студентів, що навчаються у територіально відокремлених структурних підрозділах університету, так і використовувати навчальний матеріал для індивідуального навчання студентів з інвалідністю. Режим on-line дозволяє організувати пряме спілкування студентів з викладачем через аудіо-зв'язок чи через чат в текстовому режимі. Запис лекцій на електронні носії дозволяє студентам додатково опрацювати матеріал в аудіо чи відео режимах.

Для забезпечення процесу навчання студентів з інвалідністю у комп'ютерних класах облаштовані робочі місця, підключені до мережі Інтернет та обладнані необхідними технічними засобами (сканерами, принтерами, навушниками чи колонками, мікрофонами, записуючими DVD-пристроями). На цих комп'ютерах

встановлено програму «JAWS» з русифікатором для перетворення текстової інформації у звуковий формат, екранну телевізійну лупу для виведення на екран сторінки книжки чи конспекту у збільшеному масштабі, а також використовується штатний засіб операційної системи «WINDOWS», «Екранна лупа».

Крім вищезазначеного, студентам-інвалідам надається технічна, інформаційна та консультаційна підтримка, зокрема: навчання роботі на комп'ютері та офісній техніці; надання студентам з вадами зору можливості роботи на комп'ютеризованих робочих місцях, обладнаних синтезаторами мови; надання доступу до офісного та адаптивного технічного обладнання для сканування навчальної літератури та її перекладу в електронний вигляд, прослуховування аудіозаписів лекцій, виконання самостійних практичних завдань тощо; надання доступу до медіатеки (альтернативної бібліотеки аудіо- та електронних навчальних матеріалів); надання допомоги у подоланні труднощів, що виникають під час навчання; надання інформації щодо сучасних технологій та технічних засобів навчання студентів з інвалідністю тощо.

Ефективній фаховій підготовці студентів-інвалідів в університеті, окрім вищезазначеного, сприяє також забезпечення їх психологічної підтримки. У структурі університету було створено психологічну службу, основною метою якої є психологічний супровід студентів і абітурієнтів з інвалідністю та викладачів, які працюють з ними на всіх етапах навчального процесу. Психологічна служба зосереджена на забезпеченні оптимальних соціально-психологічних умов для розвитку особистості студентів-інвалідів, сприяння вихованню відповідальної особистості, здатної до самоосвіти і саморозвитку, користування набутими знаннями, вмінням критично мислити, відповідально ставитися до життя та здоров'я.

Під час навчання студентів-інвалідів в університеті, окрім психологічного супроводу, здійснюється також соціальний та медичний супровід. Соціальний супровід студентів-інвалідів розпочинається на етапі вступу до ВНЗ, де під час співбесіди складається соціальний портрет абітурієнта з особливими потребами, з'ясовуються потреби і особливості майбутнього студента, складається програма соціального патронату і визначаються її виконавці.

Соціальні працівники і волонтери займалися залученням студентів з інвалідністю до активної участі у громадському житті університету. Так, за ініціативою студентів-волонтерів було створено регіональну громадську організацію студентів-інвалідів НТІ «Інститут соціальної політики», яка сприяє розвитку інноваційної освітньої діяльності в галузі навчання студентів з інвалідністю, вирішенню проблем їхнього навчання та виховання. Для соціалізації таких студентів ефективно застосовуються спеціальні тренінги, спілкування, організація вечорів знайомств, відпочинку, клубів-кафе для спілкування та дискусій, походи в музеї.

Медичний супровід кожного студента з інвалідністю розпочинається з перших днів навчання в університеті та забезпечується спеціально створеною медико-реабілітаційною частиною, що має в своїй структурі кабінети: лікарський та реабілітолога, а також кабінети медичної допомоги на факультетах. Їх роботу забезпечують лікар, фахівці з реабілітації та медичні сестри високої кваліфікації. Абітурієнти з особливими освітніми потребами звертаються до лікарського кабінету при вступі до університету. Тут вони проходять комплексний огляд та профконсультацію щодо можливості навчання на обраній спеціальності, наявності протипоказань до навчання, та отримують дозвіл на навчання. На кожного студента з особливими освітніми потребами заводиться індивідуальна медична картка, що зберігається в кабінеті лікаря.

Таким чином, підсумовуючи вищевикладене, слід відзначити, що зміни у суспільному житті обумовили зміни і в ставленні суспільства до громадян з інвалідністю, а необхідність їх повноцінної соціальної адаптації призвела до зростання уваги держави та суспільства до здобуття цією категорією громадян фахової підготовки. Досвід фахової підготовки та соціальної адаптації інвалідів до навчання, який накопичено в регіоні, має особливе значення та може стати цінним орієнтиром у вирішенні ряду освітніх проблем громадян з інвалідністю у нашій державі.

Разом з тим, слід зазначити, що, незважаючи на підвищення чисельності студентів-інвалідів у ВНЗ, питання доступності для них вищої освіти продовжує на

сьогоднішній день являти собою гостру соціальну проблему. Розширення доступності вищої освіти для інвалідів (у першу чергу, інклюзивної освіти), інтеграція інвалідів в освітнє та соціальне середовище ускладнюється цілим рядом проблем, що мають різний масштаб та характер. Основними з цих проблем є: недостатній рівень якості загальної середньої освіти інвалідів, що створює перешкоди при їх вступі до ВНЗ; відсутність умов для сумісництва фахової підготовки інвалідів та їх медичної реабілітації; недостатня розробленість нормативно-правової бази щодо вищої освіти інвалідів; незабезпеченість безбар'єрного архітектурного середовища при навчанні інвалідів у ВНЗ; недостатній рівень забезпечення студентів-інвалідів адаптивними технічними засобами навчання (різноманітним сурдо-, тифлотехнічним та іншим адаптивним обладнанням); недостатній рівень забезпечення студентів-інвалідів навчально-методичною літературою, адаптованою до їх психофізіологічних потреб; недостатній рівень розвитку суспільної свідомості щодо розуміння проблем та потреб інвалідів, у т.ч. й в частині здобуття ними вищої освіти; нерозвинутість політики благодійництва та спонсорства на користь здобуття інвалідами вищої освіти; недостатня консолідація зусиль інвалідів (в силу як суб'єктивних, так і об'єктивних обставин) в частині відстоювання своїх прав, у т.ч. й права на здобуття вищої освіти.

Реабілітація інвалідів у Луганському міжрегіональному центрі професійної, медико-фізичної та соціальної реабілітації інвалідів (далі *центр*) передбачала поєднання професійної підготовки із соціальною, психологічною реабілітацією, медичним супроводом.

До пріоритетних напрямів діяльності та основних завдань *центру* віднесено: проведення професійної орієнтації, професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації інвалідів; організацію професійної реабілітації із здійсненням медичного супроводу, яким передбачено надання конкретних видів і форм соціальної допомоги, а також послуг психологічного характеру, що забезпечить успішну адаптацію інваліда до праці; організацію комплексної психотерапії та психокорекції, заснованих на передових досягненнях сучасної психології, фізіології та медицини; оцінку результатів професійної реабілітації

інвалідів за освітніми, соціальними, психологічними і медичними критеріями та показниками; надання рекомендацій для подальшої професійної реабілітації інвалідів; здійснення заходів щодо сприяння ефективному працевлаштуванню інвалідів відповідно до набутої професії після закінчення навчання; надання інформаційно-консультативних послуг інвалідам, громадським організаціям інвалідів, підприємствам (установам, організаціям) з питань професійної реабілітації інвалідів; створення матеріально-технічної бази для професійного навчання та реалізації комплексу заходів його соціального, психологічного та медичного супроводу; безпечні умови реабілітаційної діяльності; здійснення взаємозв'язків з аналогічними вітчизняними та зарубіжними центрами, освітніми, науковими, виробничими установами та організаціями з питань професійної реабілітації інвалідів; розробку методик професійної реабілітації (орієнтації) та реабілітаційних технологій, їх впровадження, в тому числі зарубіжних; підвищення кваліфікації фахівців з питань професійної реабілітації інвалідів, у тому числі і тих, що опікуються особами з розумовою відсталістю та психічними захворюваннями; координацію роботи, науковий та методичний супровід регіональних та місцевих центрів професійної реабілітації; здійснення інформаційно-аналітичної діяльності щодо стану та перспектив професійної реабілітації інвалідів в регіоні; організацію та проведення науково-практичних конференцій, семінарів, нарад з питань професійної реабілітації інвалідів.

У центрі було обладнано та укомплектовано навчальні класи, навчально-виробничі майстерні; розроблено та затверджено методичні плани, підготовлено навчальні, роздаткові, дидактичні, інформаційні, ілюстративні матеріали, що дозволяють більш наочно та якісно викладати навчальний матеріал інвалідам з урахуванням їх фізичних особливостей. У навчальний процес постійно впроваджуються найбільш ефективні методики професійного навчання інвалідів, при цьому перевага надається впровадженню інноваційних комплексних технологій, методик інтерактивного та модульного навчання. Нами були організовані факультативні курси «Основи підприємницької діяльності», «Основи роботи на ПК».

Ураховуючи контингент слухачів (їх фізичні, інтелектуальні, психологічні особливості тощо), основна увага в організації навчального процесу звертається фахівцями на індивідуалізацію навчання та диференційований підхід до слухачів (для інвалідів, яким не рекомендоване тривале статичне положення, передбачені частіші перерви в навчальних заняттях).

З метою сприяння трудовій реабілітації та працевлаштуванню інвалідів у *центрі* були створені умови для вільного доступу, і наповнені відповідним чином інформаційні куточки для осіб з обмеженими фізичними можливостями. В них розташовані описи професій, відео і аудіо-фільми, буклети, листівки, довідники, переліки рекомендованих навчальних закладів, професій, інформація про медичні протипоказання до засвоєння окремих професій, паспорти підприємств, організацій тощо. Інваліди мають можливість ознайомитись з переліком послуг, отримати необхідну консультацію щодо працевлаштування на робочі місця для інвалідів, умов оплати праці, професійної підготовки, підвищення кваліфікації, перепідготовки.

Для надання інформаційної та консультаційної допомоги в частині визначення потенційних можливостей осіб, що мають обмеження в працездатності, до певних видів діяльності, доцільності направлення на профнавчання для забезпечення конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці та їх подальшого працевлаштування, до організації і проведення профорієнтаційних заходів для осіб з обмеженими фізичними можливостями до *центру* запрошуються представники спеціальних кафедр ЛНУ, Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, Обласного центру медично-соціальної експертизи.

Нами ініціювалося проведення круглих столів за участю фахівців Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, Обласного центру медично-соціальної експертизи, Обласного центру зайнятості на теми «Вирішення питання щодо заповнення робочих місць для інвалідів», «Вирішення питання працевлаштування соціально незахищених верств населення», «Соціальний захист осіб з обмеженими фізичними можливостями – турбота суспільства».

З метою підвищення ефективності професійної, особистісної, інтелектуальної та соціальної реабілітації, на основі індивідуального підходу до особистості кожного

слухача і посилення взаємодії фахівців *центру* нами була створена команда підтримки (група фахівців *центру* (лікар згідно профілю інвалідизуючого захворювання, фахівець з соціальної роботи (соціальний педагог), практичний психолог, педагог - куратор навчальної групи), об'єднаних для розробки і проведення комплексу реабілітаційних заходів в процесі професійного навчання у відповідності з індивідуальною програмою реабілітації інваліда. Члени команди підтримки самостійно визначали завдання, форми і методи психологічної, педагогічної, виховної та оздоровчої роботи зі слухачем; здійснювали корекцію форм і методів реабілітаційної роботи на основі індивідуального підходу до слухача. Члени команди підтримки збиралися щотижня для обговорення поточних проблем і вироблення стратегії спільних дій з реабілітаційної роботи, вели документацію з професійної реабілітації слухача.

Таким чином, у контексті дослідження соціалізація осіб з порушеннями ОРА це процес створення цілісної системи реабілітації інвалідів, здійснення заходів, спрямованих на підготовку особи з інвалідністю до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадaptaції, навчання, перенавчання для подальшого ефективного працевлаштування з урахуванням стану її здоров'я, особистих схильностей та побажань, на основі вітчизняної та міжнародної практики та стандартів, відповідно до вимог ринкової економіки.

Регіональне реабілітаційне середовище ми сприймаємо як середовище, у якому створені адекватні умови щодо забезпечення процесу реабілітації протягом всього життя людини з інвалідністю, реалізація якого здійснюється за допомогою реабілітаційних технологій і складається з самих елементів (суб'єктів) системи соціальної реабілітації, що включає в себе реабілітаційні установи, родину, соціально-культурне оточення людини, побутову сферу, освітні заклади, засоби масової інформації тощо.

В основі організованої нами експериментальної роботи лежить індивідуальна взаємодія фахівців з особою, яка потребує допомоги. Саме така взаємодія дозволяє в

процесі активної реабілітації і підтримки врахувати як індивідуальні особливості інваліда, так і особливості його соціальної ситуації.

Під час проходження інвалідами професійної підготовки в *центрі* нами було впроваджено організацію *соціально-побутового патронажу*, який включав: навчання основних соціальних та побутових навичок; інформування щодо спеціального пристосування житлових приміщень, в яких мешкають слухачі центрів під час навчання щодо їх індивідуальних потреб, працетерапію.

Загальними принципами оволодіння *соціально-побутовими вміннями та навичками* є: методичність, наполегливість, постійність такої роботи; позитивне підкріплення кожного маленького успіху; поєднання опори на інтереси і запити людини з об'єктивним аналізом проблемних галузей; дозування навантаження на слухача, що захищає його від надмірної напруги.

Досвід нашої роботи у Луганському *центрі* дозволив розкрити основні завдання та структуру *соціально-побутового патронажу*. Основна увага приділялася вихованню позитивних особистісних якостей, а також повторенню, закріпленню та розширенню отриманих в процесі перебування в центрі знань, автоматизації вмінь, придбанню нових і формуванню корисних звичок, еталонів поведінки, соціально-побутових навичок, розвитку соціально-побутового орієнтування, що забезпечувало підвищення рівня соціальної адаптованості осіб з обмеженими можливостями, сприяло їх профорієнтації.

Соціально-побутовому орієнтуванню слухачів сприяла також запропонована нами суспільно-корисна праця. Поєднання в процесі працетерапії розумових і фізичних зусиль разом з соціальною доцільністю сприяло поверненню слухачеві впевненості у своїх силах.

З метою сприяння працевлаштуванню випускників-інвалідів нами було налагоджено співпрацю з державною службою зайнятості, органами праці та соціального захисту населення, регіональним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, медико-соціальною експертною комісією, регіональним осередком Комісій з питань діяльності підприємств та організацій

громадських організацій інвалідів, роботодавцями, громадськими організаціями інвалідів.

Для координації спільних зусиль в частині зайнятості інвалідів, в області діє угода про співробітництво, що укладена 17.04.2007р. між Луганським обласним центром зайнятості, інститутом педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Луганським комунальним закладом Обласний центр медично-соціальної експертизи, Луганським обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів і Головним управлінням праці та соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації.

Яскравим прикладом соціального партнерства є участь представників-учасників договору в розширених засіданнях Громадської колегії Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів. Під час засідань розглядалися питання реалізації державних програм соціального захисту інвалідів, співпраці між соціальними партнерами, змін чинного законодавства в системі зайнятості населення та загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, професійного навчання інвалідів, надання їм реабілітаційних послуг, відвідування обласного центру реабілітації дітей-інвалідів «Відродження» та інші.

Традиційним для регіону стало започатковане нами в ході експериментальної роботи сумісне з науковцями ЛНУ та Головним управлінням праці та соціального захисту населення проведення анкетування інвалідів, які не перебувають на обліку в центрі зайнятості, щодо бажання працювати. Така форма роботи застосовується для оперативного запрошення громадян та задоволення потреб роботодавців.

У Луганській області зареєстровано і діє понад 100 громадських організацій інвалідів. Окрім можливостей вияву громадської активності, ці неприбуткові об'єднання забезпечують робочі місця для певного контингенту людей, надають соціально важливі послуги інвалідам, таким чином сприяючи створенню умов для забезпечення життєдіяльності осіб з обмеженими можливостями. З метою надання допомоги інвалідам у працевлаштуванні, нами була розроблена форма анкети, а Луганською обласною молодіжною асоціацією молодих інвалідів проведено

анкетування інвалідів-візочників м. Луганськ, які не звертались до служби зайнятості.

Найважливішою складовою частиною **третього етапу** нашого дослідження став соціально-педагогічний моніторинг, який дозволив відстежити ефективність процесу соціалізації, а також за окремими напрямками інтегрованості інвалідів у сучасне суспільство відповідно до розроблених критеріїв. В організації й проведенні експериментальної діяльності ми враховували, що моніторинг – це не тільки виявлення відхилень від окресленої програми, але й наукова підстава для її перегляду й коригування.

Моніторинг забезпечив всіх учасників педагогічного процесу якісною інформацією, необхідною з одного боку, для оцінки поведеної роботи, з іншого – для прийняття управлінських рішень, коригування досліджуваного процесу. У нашому випадку до основних об'єктів моніторингу ми відносимо результати корекційно-реабілітаційної роботи, засобів і технологій використання розроблених педагогічних умов ефективною реабілітації інвалідів.

Підсумковий етап включав *оцінку змін, які відбулися у процесі надання послуг; вивчення нових потреб; підготовку особи до згортання соціальної допомоги (супроводу) в умовах центрів; надання конкретних рекомендацій.*

Методичними особливостями цього етапу є те, що особа має бути підготовленою до припинення активного втручання, яке повинно відбуватися поступово, за рахунок скорочення обсягів допомоги. Таке скорочення відбувається тоді, коли фахівець з соціальної роботи за результатами підсумкової оцінки має підстави робити висновок, що позитивні зміни набули ознак достатньої сталості.

На завершальному етапі реабілітаційного процесу здійснювалася соціальна діагностика актуального стану інтегрованості осіб з ПОРА та надавалися конкретні рекомендації щодо продовження корекційно-реабілітаційних заходів за межами медичних, навчальних та реабілітаційних установ.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Діагностика готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до корекційно-реабілітаційної діяльності вказує на те, що існує наявна необхідність організації комплексного, особистісно орієнтованого підходів щодо надання корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному закладі, розробки та впровадження індивідуальних і комплексної програми підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу.

У процесі реабілітації та соціальної адаптації дітей з порушеннями ОРА нами були отримані наступні показники їх соціальної адаптованості:

I. За узагальнюючими показниками: а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого - 45,2%; прогнозований - 49,4%; нижче прогнозованого - 6,4%; б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого - 40,6%; прогнозований - 50,8%; нижче прогнозованого - 9,6%;

II. За додатковими показниками: а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: повністю видужали - 15,3%; виявили значне покращення психофізичного стану - 29,4%; виявили покращення психофізичного стану - 24,7%; виявили незначне покращення психофізичного стану - 18,7%; залишились без змін психофізичного стану - 11,1%; виявили погіршення психофізичного стану - 0,8%; б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина - 24,9%; засвоїли базові життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень - 25,1%; в основному засвоїли базові життєві компетентності - 29,9% та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена - 19,4%; не вдалося засвоїти базові життєві компетентності (залишились соціально неадаптованими) 0,7%.

Результати **першого** (діагностично-організаційного) **етапу** дослідження показали, що особи з ПОРА мають перешкоди на шляху до ефективного спілкування, а це в свою чергу призводить до незадоволеності собою, заниження самооцінки, погіршення свого особистісного «Я». Належної уваги потребує проблема інтеграції людей з обмеженими фізичними можливостями на освітньому рівні.

З загальної кількості респондентів вищу освіту мають лише 10% опитаних, із них інвалідів I групи - 4,8%, II групи - 2,4%, III групи - 2,8%. Серед них чоловіків - 8,0%, жінок - 11,8%. Професійно-технічну освіту мають 18,7% респондентів, з них інвалідів II групи - 6,8%, III групи - 15,9%. Серед них чоловіків - 9,5%, жінок - 7,1%. Повну загальну середню освіту мають 63,6% опитаних, з них інвалідів I групи - 19,04%, II групи - 7%, III групи - 14,28%. Серед них осіб чоловічої статі - 45,2%, жінок - 28,6%. Отже, можна зробити висновок, що більшість інвалідів мають низький рівень освіти, що заважає їхній успішній самореалізації.

Регіональне реабілітаційне середовище щодо здійснення соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату ми бачимо як цілісну систему з великою кількістю внутрішніх зв'язків, що відображають різноманітні можливості регіону. Цю систему можна розглядати як відображення процесів взаємодії держави та громадськості й осіб з порушеннями опорно-рухового апарату на рівні регіону.

Регіональне реабілітаційне середовище ми сприймаємо як середовище, у якому створені адекватні умови щодо забезпечення процесу реабілітації протягом всього життя людини з інвалідністю, реалізація якого здійснюється за допомогою реабілітаційних технологій і складається з самих елементів (суб'єктів) системи соціальної реабілітації, що включає в себе реабілітаційні установи, родину, соціально-культурне оточення людини, побутову сферу, освітні заклади, засоби масової інформації тощо.

В основі організованої нами експериментальної роботи лежить індивідуальна взаємодія фахівців з особою, яка потребує допомоги. Саме така взаємодія дозволяє в процесі активної реабілітації і підтримки врахувати як індивідуальні особливості інваліда, так і особливості його соціальної ситуації.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ РЕГІОНАЛЬНОГО КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА

3.1. Розробка та впровадження програми комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА в діяльність суб'єктів регіонального корекційно-реабілітаційного середовища

Економічна ситуація, що склалася на сучасному етапі розвитку України, кризові явища у сфері економіки і фінансів, зростання безробіття, зниження сукупного доходу сім'ї, зменшення доступності медичних послуг, погіршення екологічних умов зумовлюють необхідність посилення соціального захисту інвалідів, визначення пріоритетних напрямів цієї роботи. Ці обставини призвели до спаду демографічних показників, підвищення захворюваності дітей, зростання інвалідності.

На сьогоднішній день для людей з інвалідністю в Україні залишаються невирішеними такі питання, що не дозволяють їм відчувати себе повноцінними громадянами нашого суспільства [123]:

1. Відсутність необхідної кількості спеціальних (корекційних), реабілітаційних закладів та кваліфікованих кадрів не дає можливості забезпечити дітей-інвалідів необхідними освітніми та реабілітаційними послугами (нині в Україні на обліку знаходиться 152,2 тис. дітей-інвалідів з різними психофізичними відхиленнями у розвитку).

2. Після проходження курсу реабілітації в Центрах (переважна кількість Центрів обслуговує дітей до 21 року) діти-інваліди та молоді інваліди з важкими психофізичними вадами вимушені весь час залишатися вдома через відсутність на державному рівні соціальних послуг для людей з інвалідністю. Громадські організації через відсутність постійного фінансування не мають можливості надавати ці послуги.

3. Безвідповідальність чиновників стосовно людей з інвалідністю та їх родин призводить до невиконання відповідальними особами своїх функціональних обов'язків.

4. Відсутність спеціалістів - юристів, психологів, логопедів, дефектологів, соціальних педагогів та соціальних працівників, які мають професійну підготовку для роботи з даною групою людей, та відповідних реабілітаційних структур у районних містечках та селах роблять неможливими отримання соціальних послуг за місцем проживання мешканцями з інвалідністю у сільській місцевості чи невеликих містах.

5. Відсутність централізованої мережі транспортних послуг для людей, які пересуваються за допомогою інвалідного візка або мають обмеження в пересуванні, робить їх «невиїзними» зі своїх помешкань, що значно ускладнює їх навчання, працю та ведення активного способу життя.

6. Відсутність адаптерів у системі телефонних мереж для людей, які мають важкі порушення мови та не можуть користуватися телефонним зв'язком.

7. Відсутність співпраці та взаєморозуміння в питаннях захисту та забезпечення прав і потреб інвалідів з фізичними вадами між Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України та Міністерством соціальної політики України не дає можливості дітям та молоді з інвалідністю одержувати необхідну освіту за місцем проживання.

8. Порушується право на доступ до інформації для людей з вадами зору та слуху: кількість передач з сурдоперекладом обмежена, газет та журналів, в яких були би сторінки шрифтом Брайля, практично немає. В бібліотеках загального користування отримати інформацію цим людям теж фактично неможливо.

9. Порушується право на таємницю голосування під час виборів абсолютно сліпих людей, адже більшість з них не може скористатися спеціальними бюлетенями, і результат їхнього голосування залежить від сумління супроводжуючого.

10. Багато порушень спостерігається у сфері визнання осіб з розумовою відсталістю недієздатними та призначення їм опікунів з причин недосконалості Цивільного кодексу з цих питань та відсутністю контролю за діяльністю опікунів.

11. Роботодавці готові платити людям з інвалідністю «заробітну плату», щоб тільки не створювати для них робочі місця.
12. Низький рівень обізнаності про свої права людей з інвалідністю та їхніх рідних.
13. Сформований споживацький підхід більшості людей з інвалідністю та членів їхніх родин до діяльності державних та громадських об'єднань.
14. Відсутність спілкування між дітьми, молоддю з інвалідністю, сім'ями цільової групи в зв'язку з проживанням їх у сільській місцевості.
15. Негативне ставлення громадськості до сімей, в яких проживають люди з інвалідністю.
16. Зневіра в житті.
17. Невміння відстоювати та захищати свої права в державних структурах різного рівня.

З вищезазначених проблем ми можемо зробити висновок, що люди з інвалідністю та члени їхніх родин є обмеженими не тільки фізично (важко дістатися до потрібних установ), але й інформаційно (відсутність широкого доступу до необхідної інформації), вони недостатньо обізнані щодо своїх прав.

Такий стан зумовлює необхідність розробки і прийняття державних та регіональних програм, спрямованих на поліпшення демографічної та соціально-економічної ситуації, забезпечення правового та соціального захисту сім'ї, розробку науково обґрунтованих заходів профілактики різноманітних порушень психофізичного стану, фізичної, психічної та соціальної реабілітації й адаптації тієї частки населення, що має особливі потреби.

Теоретичний аналіз суттєвих характеристик психофізичної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату дозволяє чітко визначити головну мету цих заходів - усунення перешкод, які не дозволяють інваліду успішно самостійно просуватися вперед у своєму саморозвитку. Подолання цих перешкод і становить специфічні завдання психолого-педагогічного супроводу осіб з ПОРА та членів їх сімей. Розроблені в сучасній педагогічній науці принципи забезпечення педагогічної допомоги та етапи її здійснення призводять до однозначного висновку

про те, що соціалізація особи з ПОРА може здійснюватися тільки в тих випадках, де є супровід, співробітництво, координація зусиль спеціалістів різних галузей, що сприяють саморозвитку, самодіяльності, самоіндифікації, самопізнанню, самовизначенню, самореалізації особистості.

Спираючись на аналіз сучасного стану справ щодо соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями в Україні, вивчення практичного досвіду діяльності Центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів та Центрів професійної реабілітації інвалідів, базового законодавства, яке регламентує відповідну діяльність цих установ, а також орієнтуючись на науково-теоретичний аналіз інновацій досвідчених вітчизняних та зарубіжних педагогів-науковців і практиків у галузі соціального захисту інвалідів, нами були визначені педагогічні умови забезпечення ефективності комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

При розробці педагогічних умов ми враховували міжнародно-правові стандарти реабілітації та соціалізації осіб з обмеженнями життєдіяльності, які визначені у відповідних міжнародних нормативно-правових актах та ратифіковані Україною й відображені у законодавстві держави.

Розробляючи педагогічні умови ми розуміли, що соціалізація осіб з ПОРА – це не лише опіка, турбота про людей з інвалідністю, але й сукупність заходів, які допомагають людині стати впевненою у своїх силах, сприяють її власній активності.

Першу умову ми пов'язуємо зі створенням регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями ОРА та ефективного механізму її реалізації (формування адекватного рівня адаптованості інвалідів, створення цим особам умов для самореалізації з метою їх успішної інтеграції в сучасне суспільство).

Програмою було передбачено обов'язкове виконання наступних заходів:

- врегулювання питань фінансування заходів, спрямованих на організацію діагностики та корекції вад психофізичного розвитку дітей і дорослих з порушеннями ОРА;

- удосконалення системи контролю за проведенням обов'язкових медико-психологічних оглядів дітей, підлітків та молоді, які навчаються в навчальних закладах різного рівня;
- забезпечення відповідного відношення органів місцевого самоврядування до проблем створення системи корекційно-розвивального навчання і виховання у спеціальних освітніх закладах комбінованого типу;
- посилення контролю за додержанням законодавства про працю, підвищення правової обізнаності інвалідів у питаннях гігієни та охорони праці;
- сприяння розширенню мережі служб планування сім'ї, сімейного консультування, соціальної реклами про збереження здоров'я, формування здорового способу життя. Розробка галузевих програм з питань соціальної реклами та профілактики здорового способу життя, планування сім'ї, безпечного материнства, відповідального батьківства та забезпечення їх виконання;
- організація діяльності виїзних служб надання термінової консультативно-діагностичної, лікувальної та психолого-педагогічної допомоги;
- створення мережі спеціальних профільних навчально-виховних та корекційно-розвивальних закладів для дітей з вадами у розвитку;
- включення до планів навчальних закладів, та закладів післядипломної освіти програм з проблем планування сім'ї, ранньої діагностики захворювань, моніторингу стану здоров'я дітей та дорослих, профілактики та психо-медичної корекції різноманітних вад у розвитку;
- підготовка для медичних, педагогічних і соціальних працівників методичних посібників з проведення серед різних груп населення профілактичної роботи, пропаганди здорового способу життя, правової, медичної та професійної обізнаності;
- видання інформаційно-просвітницьких матеріалів з питань збереження здорового способу життя, діагностики та корекції вад психофізичного розвитку дітей і дорослих, для молодого подружжя, підлітків і молоді, сільського населення, груп ризику. Сприяння безкоштовному розповсюдженню цих матеріалів серед відповідних груп населення;

- сприяння діяльності спеціалізованих науково-дослідницьких лабораторій й центрів, соціально-психологічних служб, шкіл, клубів, громадських об'єднань інвалідів;

- сприяння участі відповідних закладів, навчальних та громадських організацій, науково-дослідних центрів, залученню вітчизняних вчених, фахівців, студентів у міжнародних програмах з поставлених питань;

- створення умов для впровадження інвестиційних міжнародних проектів у відповідних галузях.

Реалізація регіональної програми була спрямована на вирішення життєво важливих для людей з інвалідністю питань:

1. Формування позитивної думки та ставлення до людей з інвалідністю у громаді.

2. Сприяння активізації роботи існуючих державних та громадських служб соціального спрямування, відкритості та прозорості їх діяльності.

3. Інваліди усіх категорій і груп не залежно від пенсійного забезпечення повинні мати можливість працевлаштування та реалізації особистості в суспільстві.

4. Створення та всебічна підтримка громадських організацій інвалідів та волонтерських служб.

5. Створення безбар'єрного доступу інвалідів до місць соціального призначення.

6. Поступова зміна напрямку спеціальної освіти від інституалізації до навчання за місцем проживання через класи залучення та повну інклюзію в навчальні заклади всіх рівнів.

7. Стимулювання ЗМІ випускати свою продукцію з урахуванням потреб людей з вадами зору та слуху.

8. Органам державної та місцевої влади слід активніше залучати осіб з інвалідністю до вирішення їхніх проблем на всіх рівнях громадської діяльності.

Сучасні державні програми зорієнтовані на якогось «усередненого» інваліда і масові показники. Державні та громадські програми тільки тоді можуть стати ефективними, коли будуть орієнтовані на можливості кожного конкретного інваліда,

і тільки виходячи з цієї інформації, можна підбирати індивідуальний комплекс заходів на створення спеціальних умов праці для цієї людини.

Всі регіональні програми надання корекційної допомоги інвалідам мають свою специфіку, яка визначається конкретними особливостями економічної ситуації й культурними, релігійними, етнонаціональними традиціями, але разом з тим, в основі регіональної програми завжди лежить державна модель, а також прийняті в регіоні загальні орієнтири її реалізації [232]: розгляд проблеми не як медико-педагогічної, а як соціально-педагогічної; комплексний підхід до використання можливостей регіону (соціально-економічного та педагогічного потенціалів, інтеграція зусиль та можливостей усіх суб'єктів корекційної допомоги особам з обмеженими можливостями); цільовий адресний характер допомоги інвалідам з урахуванням умов їх реабілітації та соціальної адаптації. Регіональна програма комплексної реабілітації та соціалізації інвалідів дає змогу отримати позитивні результати в короткі терміни, що є важливим для зміцнення довіри осіб пільгових категорій до держави.

Ми уявляємо собі регіональну програму комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями ОРА як специфічну високо структуровану та пріоритетну діяльність держави на регіональному рівні, що відповідає всім сферам життєдіяльності осіб з вадами психофізичного розвитку й здійснюється на всіх рівнях адміністративно-територіального устрою (область, місто, район, навчально-виховний або реабілітаційний заклад, сім'я), а також у територіальних громадах і трудових колективах регіону. Таким чином, регіональна програма виражає стратегічну лінію держави та регіональні орієнтири місцевої влади на забезпечення оптимальної реабілітації та соціальної адаптації кожного з інвалідів.

Нами було розроблено програму психолого-педагогічного супроводу процесу комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, яка за ініціативою нашої наукової групи, та підтримку Головного управління праці та соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації, участі управлінь охорони здоров'я, у справах молоді та спорту, освіти і науки, культури і туризму, транспорту та зв'язку ОДА, виконкомів

міських рад міст обласного значення та райдержадміністрацій, обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, обласного центру зайнятості, регіональної комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів, громадських організацій інвалідів покладено в основу затвердженої рішенням Луганської обласної ради «Комплексної обласної Програми соціального захисту і реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2007-2010 роки».

Головною метою програми визначено покращання умов життєдіяльності осіб з ПОРА в регіоні, завдяки яким інваліди матимуть змогу вести повноцінний спосіб життя відповідно до своїх індивідуальних здібностей та інтересів.

Основними принципами, на яких ґрунтується наша програма, стали повага до людини незалежно від стану її здоров'я, надання права й залучення кожної молодої людини до соціально-економічного життя (якщо це можливо); правовий та соціальний захист осіб з вадами розвитку з метою створення необхідних стартових можливостей для їхнього повноцінного соціального становлення та розвитку; сприяння ініціативі й активності осіб з ПОРА в усіх сферах життєдіяльності суспільства; поєднання державної та суспільно-громадської ініціатив у здійсненні соціальної допомоги; цільова особистісно орієнтована спрямованість корекційної допомоги; стимулювання спонсорської та благодійницької діяльності підприємств, організацій, бізнесменів, фізичних осіб тощо.

Програмою було передбачено здійснити комплекс заходів щодо соціального захисту і реабілітації осіб з ПОРА у кількох напрямках, а саме: правовий захист; соціальний захист; психофізична реабілітація інвалідів; соціально-побутові заходи:

- створення банку даних інвалідів з ПОРА усіх категорій;
- проведення соціологічного дослідження становища інвалідів;
- інформування інвалідів про зміни та доповнення у законодавстві щодо соціального захисту інвалідів;
- проведення моніторингових досліджень та аналізу методів, форм і заходів щодо реабілітації інвалідів, інтеграції їх у суспільство;

- створення умов для організації раннього виявлення, безперервної медико – психолого – педагогічної реабілітації та соціальної адаптації даного контингенту;
- забезпечення спеціального психолого-медико-педагогічного супроводу осіб з ПОРА;
- організація роботи щодо соціальної адаптації та інтеграції у суспільство молоді з ПОРА;
- забезпечення підготовки необхідної кількості фахівців (педагогів, психологів, соціальних працівників, реабілітологів та ін.);
- вивчення досвіду іноземних держав у сфері реабілітації та трудової зайнятості осіб з ПОРА;
- проведення у навчальних закладах занять з питань захисту прав осіб з ПОРА;
- збільшення кількості спеціальних груп для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в навчальних закладах різних рівнів акредитації;
- проведення «круглих столів», конференцій за участю громадських організацій інвалідів;
- розвиток волонтерського руху в навчальних закладах різного рівня акредитації;
- сприяння працевлаштуванню інвалідів;
- організація роботи з надомної форми праці як одного з оптимальних напрямів забезпечення зайнятості осіб з ПОРА;
- проведення семінарів щодо взаємодії виконавчих органів влади та громадських організацій інвалідів.

Ефективність реалізації програми залежить від великої кількості чинників зовнішнього й внутрішнього характеру. Зупинимося лише на основних, які ми виділяємо як умови ефективності, що класифікуються на морально-психологічні, організаційно-управлінські й матеріально-технічні:

- прийняття й усвідомлення педагогами та соціальними працівниками самої регіональної програми як документа, що систематизує й регламентує основні цілі й шляхи їх досягнення;

- готовність спеціалістів, батьків і самих інвалідів до здійснення основних положень програми;
- наявність індивідуальної особистої концепції саморозвитку особи з обмеженими можливостями, у якій визначено перспективи саморозвитку, обґрунтовано й узгоджено уявлення про пріоритетні напрями психолого-педагогічного супроводу;
- створення механізму координації зусиль педагогів, соціальних працівників, лікарів, батьків, працівників закладів соціальної галузі;
- постійний моніторинг, відстеження й регулювання стану здоров'я інвалідів та ефективності застосовуваних методів психолого-педагогічного впливу;
- створення механізму зворотного зв'язку, інформування всіх суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності про досягнуті результати, труднощі та проблеми, що виникають;
- співробітництво з представниками педагогічної науки з метою виключення в процесі педагогічної діяльності елементів непрофесіоналізму, педагогічної безграмотності, усього, що могло б завдати шкоду особі з обмеженими психофізичними можливостями;
- організація та створення в регіоні єдиного багатомірного педагогічного корекційно-компенсуючого простору терпіння й прагнення до окресленої мети.

Практична реалізація цих заходів дозволяє інвалідам самовизначитись у різноманітних видах діяльності, педагогам створювати умови для реальної соціалізації осіб з обмеженими можливостями в широкому соціальному й культурному контексті; батькам – брати участь у створенні відповідних умов для самореалізації, а організаторам і управлінцям – приймати рішення з урахуванням ситуації у регіоні в цілому.

Другу педагогічну умову забезпечення ефективності комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату ми пов'язуємо з оптимізацією діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища, яка ґрунтується на комплексному, особистісно-орієнтованому підходах щодо надання медико-соціальної, психологічної, педагогічної допомоги особам з ПОРА, шляхом

використання педагогічних технологій, що забезпечують врахування особливостей інвалідів та сприяють їх соціальній захищеності.

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

Метою комплексної реабілітації та соціалізації інвалідів є повернення цих осіб до нормального життя, створення умов для їх повноцінного фізичного і психічного розвитку, для успішної соціалізації, відновлення широкого спектру відносин із світом, подолання особистісних проблем і конфліктів з оточенням, навчання їх спілкуванню, усвідомлення власної значимості як особистості.

Соціалізація інвалідів здійснюється шляхом фінансової підтримки центрів та відділень реабілітації, технічного переоснащення підприємств громадських організацій інвалідів, професійного навчання, покращання санітарно-гігієнічних умов праці осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Робота нашої міждисциплінарної реабілітаційної команди була спрямована на підвищення правової грамотності серед осіб з ПОРА; поліпшення умов проживання інвалідів у регіоні; створення системи корекційного навчання та виховання інвалідів, ознайомлення їх з наявними засобами абілітації, та реабілітації; забезпечення сприятливих умов для співпраці громадських організацій інвалідів з роботодавцями, профспілками, органами виконавчої влади області у сфері реабілітації осіб з ПОРА; сприяння створенню безперешкодного доступу для осіб з обмеженими психофізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення; підвищення активності громадських організацій інвалідів у розвитку інвалідного руху в області; створення Регіонального центру дистанційної освіти інвалідів на базі Державного закладу “Луганський інститут праці та соціальних технологій”; активне залучення осіб з ПОРА, які перебувають на обліку в службі зайнятості, до участі в консультаційних, профорієнтаційних заходах з метою працевлаштування на вільні робочі місця; забезпечення надання інформаційних

послуг інвалідам з метою прискорення їх адаптації до умов ринку праці та професійної інтеграції у суспільство.

Основними суб'єктами регіональної системи комплексної реабілітації інвалідів нами були визначені: інваліди; батьки та сім'ї інвалідів; держава в особі органів місцевого самоврядування; медико-соціальна експертна комісія; загальноосвітні та спеціальні загальноосвітні навчальні заклади для дітей-інвалідів; професійно-технічні та вищі навчальні заклади; науковці кафедр соціальної педагогіки, дефектології та психокорекції ЛНУ імені Тараса Шевченка; волонтери – студенти ЛНУ; центри професійної реабілітації інвалідів; головне управління праці та соціального захисту населення; служба зайнятості; обласне відділення Фонду соціального захисту інвалідів; регіональні відділення Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань; роботодавці (фізичні та юридичні особи); громадські організації інвалідів. Кожен із зазначених суб'єктів системи комплексної реабілітації інвалідів має власні функції в частині забезпечення функціонування цієї системи.

Саме злагоджена взаємодія усіх зазначених суб'єктів системи комплексної реабілітації інвалідів забезпечує виконання цією системою її головної функції – сприяння повноцінній інтеграції інвалідів до суспільного життя завдяки залученню їх до всіх сфер життєдіяльності суспільства.

Обсяг, зміст корекційно-реабілітаційних заходів та їх успішність залежать в значній мірі від тих принципів, якими керуються у своїй діяльності суб'єкти системи комплексної реабілітації інвалідів. В основу нашого проекту було покладено такі принципи:

- гуманістичної націленості процесу реабілітації осіб з ПОРА, під чим розуміється надання інвалідам права вибору проходження корекційно-реабілітаційних заходів у тих закладах, які вони вважають найбільш зручними та корисними для себе. Цей принцип реалізується завдяки передбаченого законодавством України права інвалідів на отримання реабілітаційних послуг у реабілітаційних установах за їх власним вибором;

- активної участі самих інвалідів в організації корекційно-реабілітаційних заходів;

- державно-суспільного характеру управління системою комплексної реабілітації осіб з вадами психофізичного розвитку, який полягає у забезпеченні взаємопов'язаної діяльності державних установ та недержавних (громадських) об'єднань, які є представниками інтересів інвалідів;

- комплексності - цей принцип полягає у тому, що досягти успіхів у процесі реабілітації можливо тільки шляхом комплексного, багатопланового впливу не лише на сферу діяльності інваліда, але й на усі інші, не менш важливі сфери його життєдіяльності - родинну, побутову, суспільну, освітню, особистісну, сферу дозвілля тощо;

- етапності, безперервності та наукоємності здійснення процесу комплексної реабілітації, що передбачає організацію цього процесу у відповідності до етапів – складових реабілітації у їх послідовності, спадкоємності та безперервності;

- своєчасності початку здійснення заходів щодо медико-психолого-педагогічної реабілітації інвалідів. Цей принцип передбачає, що заходи з реабілітації повинні починатися у найбільш сприятливий для інваліда період, тобто якомога раніше і краще за все під час проведення медичної реабілітації;

- диференційного та індивідуального підходу до інвалідів при проведенні реабілітаційних заходів, що передбачає їх побудову в залежності від кола потреб, соціальної недостатності та обмеженості життєдіяльності кожного інваліда, враховуючи його індивідуальні особливості (стать, вік, нозологію захворювання, соціокультурний та соціально-економічний статус тощо) та його реабілітаційний потенціал;

- партнерства суб'єктів реабілітації, що передбачає побудову процесу реабілітації на партнерських взаємовідносинах: «фахівець - інвалід - сім'я», створення неформальних довірливих відносин між суб'єктами реабілітації;

- інноваційності заходів щодо комплексної реабілітації інвалідів, що передбачає запровадження новітніх технологій, розроблених з урахуванням кращого вітчизняного та міжнародного досвіду у цій сфері;

- динамічного спостереження та контролю за проведенням корекційно-реабілітаційних заходів, що передбачає здійснення динамічного контролю за ходом та ефективністю усіх заходів на кожному з послідовних етапів та коригування цієї діяльності у випадку необхідності.

Успіх корекційно-реабілітаційної діяльності Центрів реабілітації інвалідів залежить від спеціалістів, точніше від того як вони співпрацюють між собою, від того, як реалізується *принцип міждисциплінарності* [27; 101; 157; 199]. Під цим принципом ми розуміємо взаємодію і злагодженість роботи «команди фахівців» (педагогів, психологів, соціальних педагогів, медиків, валеологів, дефектологів, соціальних працівників, юристів) у процесі вивчення рівня інтегрованості інваліда. Вони мають єдині цілі, цінності та включені в єдину організаційну модель психолого-педагогічного супроводу інвалідів, володіють єдиною системою методів і готові винести фахову оцінку стану особи з ПОРА, використовують у власній практиці наукові методи дослідження, що дозволяють цілісно вивчати особливості розвитку та стану клієнта. Цей підхід може бути названий комплексним підходом у вирішенні будь-якої проблеми розвитку і життя особи з обмеженими психофізичними можливостями.

Сутність *принципу неперервності* полягає у забезпеченні постійним супроводом дітей-інвалідів та дорослих осіб з обмеженими можливостями здоров'я, які прагнуть інтегруватися у суспільство, до того моменту, коли будуть знайдені вагомі шляхи (підходи) до розв'язання існуючої ситуації, а інваліду буде гарантована повна соціальна захищеність, безпека і соціалізація [53; 104; 107].

Принцип системності соціального супроводу інвалідів реалізується через єдність діагностики, реабілітації, корекції і розвитку, постановку основних завдань і реалізацію заходів соціального захисту та надання комплексної допомоги, яка ґрунтуватиметься на комплексному, якісному та глибокому оцінюванні стану і потреб інваліда, з'ясуванні його резервних можливостей і можливостей соціуму. Системний, цілісний підхід передбачає аналіз зв'язків та відносин не лише в середині системи (внутрішнього світу), а й поза нею (сім'ї, соціального оточення, суспільства) [53; 150; 262].

Для більш чіткого усвідомлення змістовно-технологічної складової системи психолого-педагогічного супроводу процесу комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, що спрямований на надання індивідуально орієнтованої комплексної освітньої, медико-психологічної, соціально-правової, організаційно-комунікативної, педагогічної допомоги та підтримки, необхідно розкрити сутність кожного із виділених нами видів допомоги.

Освітня (педагогічна) допомога спрямована на індивідуальну допомогу особі з інвалідністю, що має труднощі, або проблеми у навчанні. Мета педагога при наданні освітньої допомоги - сприяти зниженню негативного ставлення інваліда до навчання, допомогти його визначенню навчитися тому, чого він не може засвоїти самостійно на уроках, ліквідувати прогалини у навчанні та відновити навички навчання, впевненість у власних силах, що можливо лише через спеціально організовану навчально-виховну діяльність [249; 289; 345].

Педагогічну допомогу ми розуміємо як діяльність педагогів, спрямовану на допомогу інвалідам у зв'язку з тим, що вони опинилися у важкій життєвій ситуації. Технологічними складовими педагогічної допомоги і підтримки виступають соціальна реабілітація та соціальна адаптація.

Медична допомога, як один із видів індивідуально орієнтованої роботи, передбачає співпрацю медичних працівників щодо обстеження, діагностики захворювань інвалідів, організації проведення лікування, диспансерного обліку осіб з хронічними захворюваннями тощо [249; 345].

Психологічна реабілітація спрямована на регулювання емоційного стану інваліда, яка включає психологічну діагностику, психокорекцію, відповідну терапію, відновлення психічного здоров'я та самопочуття клієнта. Важливою складовою психологічної допомоги є діяльність з корекції емоційно-вольової сфери клієнтів, координація дій різних вузьких спеціалістів, які надають допомогу та підтримку інвалідам. Психолог по суті є посередником між клієнтом і всіма суб'єктами, які здійснюють допомогу і підтримку, захищають їх права [249; 345].

Організаційно-комунікативна допомога вирішує завдання налагодження зв'язків особи з ПОРА з навколишнім світом - соціальними суб'єктами чи соціальними інститутами (сім'я, школа, заклади соціального захисту тощо).

Сутність економічної допомоги полягає у наданні інвалідам матеріальної допомоги (призначення соціальних пільг, пенсій, разових грошових виплат тощо), гуманітарної допомоги у вигляді забезпечення їх одягом, взуттям, засобами особистої гігієни, шкільним приладдям тощо, а також організація повноцінного харчування та оздоровчого відпочинку.

Правова допомога спрямована на з'ясування соціально-правового статусу особи з обмеженнями життєдіяльності, визначення форм її подальшого влаштування та підготовка до життя; захист прав дітей та дорослих інвалідів у суді, широкому соціальному середовищі – від офіційного рівня до кола неформального спілкування. Вона передбачає знайомство інваліда з його правами та обов'язками, забезпечення юридичних гарантій, які надають кожному з них можливість реалізації прав [249; 345].

Названі вище види індивідуально орієнтованої комплексної допомоги працюють на кінцевий результат психолого-педагогічного супроводу процесу комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату - формування стану соціальної (соціально-психологічної) захищеності інваліда та впевненості людини у тому, що негативна життєва ситуація не буде мати повторення, його право на життя, розвиток, самореалізацію у нормальному середовищі стане невід'ємним правом.

Підтримуючи точку зору науковців [28; 74; 148; 198; 216; 249;] про те, що супровід це метод, технологія, цілісна система професійної діяльності фахівців, спрямована на створення умов для успішної соціалізації, вважаємо, що запропонована комплексна модель психолого-педагогічного супроводу процесу комплексної реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями включає у модель супроводу всі суб'єкти соціальної реабілітації: саму особу з обмеженнями життєдіяльності, яка знаходиться у кризі, її оточення опікунів),

педагогів, вихователів центрів, спеціалістів різних фахів та дозволяє зробити процес соціалізації даного контингенту більш успішним та результативним.

Завершуючи розробку *другої педагогічної* умови комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА, слід зазначити, що за рахунок оптимізації використання педагогічних технологій, з врахуванням індивідуальних та вікових особливостей інвалідів, можливостей регіонального реабілітаційного середовища, процес формування рівня їх адаптованості й інтегрованості стає більш ефективним за умови реалізації психолого-педагогічного супроводу процесу безперервної комплексної реабілітації даного контингенту, який сприяє їх соціальній адаптованості та захищеності.

Третю педагогічну умову ми пов'язуємо з необхідністю спрямувати корекційно-реабілітаційну роботу на зміну упередженого ставлення суспільства до людей з інвалідністю, ліквідацію дефіциту інформованості про сучасні засоби комплексної реабілітації та соціалізації цієї категорії людей.

Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів у грудні 2009 року. Згідно з нею держави-учасники повинні приймати належні заходи, зокрема у сфері законодавства, по забороні дискримінації за ознакою інвалідності відносно всіх питань, що стосуються зайнятості, включаючи умови прийому на роботу, найму і зайнятості, безперервність зайнятості, просування по службі, надання особам з інвалідністю розумних пристосувань на робочому місці (ст. 27 Конвенції ООН про права інвалідів).

З цією метою необхідно:

- передбачити на державному та регіональних рівнях дієвий механізм щодо заборони дискримінації за ознакою інвалідності у всіх сферах, в тому числі у сфері праці, на всіх етапах життєдіяльності;

- розробити механізм адміністративної відповідальності та введення санкцій за допущення випадків дискримінації, встановлення розміру компенсації за моральну шкоду у разі недотримання заборони дискримінації;

- сформувати в регіонах соціальну службу для захисту інтересів осіб з інвалідністю, які зазнали ущемлення своїх прав;

- забезпечити пріоритетність вирішення питань дискримінації найбільш уразливим категоріям інвалідів: жінкам-інвалідам, молоді, особам похилого віку, з тяжкими формами інвалідності.

В регіонах захист людей з інвалідністю від дискримінації забезпечений лише частково. Серйозною невирішеною проблемою є рівень доступності людей з інвалідністю до інфраструктури, а саме: найменший він до житлових будівель, інформації та комунікації, громадських установ, закладів, підприємств, установ і організацій. Найбільший – до адміністративних споруд.

Надзвичайно важливою умовою соціальної інтеграції є впровадження у суспільну свідомість ідеї рівних прав і можливостей для молоді з обмеженою дієздатністю. Навіть за умови повного прийняття вищими органами влади законодавчої бази щодо реалізації прав і можливостей даної категорії населення, соціальна інтеграція не буде здійснена, доки суспільство не усвідомить актуальність цієї ідеї і гостру потребу інвалідів у цьому. У першу чергу це стосується взаємодії людей з обмеженими можливостями здоров'я та здорових людей, адже часто психологічно невідповідні організаційні заходи з інтеграції є неефективними. Ідею соціальної інтеграції людей з обмеженими можливостями на словах підтримує більшість людей, хоча простежується неоднозначне до них ставлення. Зокрема, «здорові» вважають людей з обмеженими можливостями нещасними, ворожими, підозрілими, агресивними, похмурими, неконтактними. Тобто простежується амбівалентне ставлення, коли із співчуттям змішуються неприйняття і відраза, хоча більшість людей з обмеженою дієздатністю бажають жити і спілкуватися зі здоровими людьми.

На основі впровадження у суспільну свідомість ідеї рівних прав і можливостей для молоді з обмеженою дієздатністю важливо створювати реальні умови для інтеграції людей з функціональними обмеженнями у суспільство.

За останнє десятиріччя в Україні відбулися значні соціально-культурні зрушення, що позначилися й на активізації уваги до найменш захищених у соціальному плані громадян, серед яких молоді інваліди посідають одне з перших місць. Сучасна система корекційно-реабілітаційної роботи з молодими інвалідами

поступово набуває нового змісту, форм та функцій. Так, замість традиційного підходу до хворої людини як до безпомічного об'єкта виховання та лікування, на перший план висувається концепція «культурного плюралізму», в основу якої закладено гуманістичну ідею про права та потенційні можливості кожного індивіда на рівних засадах з іншими брати активну участь у житті суспільства.

Йдеться про створення оптимальних умов для незалежного життя інвалідів, що, врешті решт, має бути об'єктивною основою для виявлення особистісної своєрідності, індивідуальної неповторності та унікальності кожного з них.

Зрозуміло, що культурне становлення особистості можливе лише за умови вільного, повноцінного розвитку людини, коли її існування перетворюється із підтримки, збереження та відтворення життя в його активне здійснення, із задоволення обмежених біологічних потреб – у становлення нових творчих, духовних потреб. У цьому контексті особливої гостроти набуває проблема соціально-культурного розвитку молоді, збагачення її духовної культури, створення умов для реалізації ідеалів, позаматеріальних потреб та інтересів, в основу яких закладено гуманізм, свободу, індивідуальність, творчість.

Значну роль у наданні соціальної допомоги інвалідам відіграють громадські організації інвалідів. Їх діяльність є важливим фактором допомоги інвалідам у розвитку культури, освіти, охорони здоров'я, вирішенні проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями, їх соціалізації, залученні до активного способу життя, що суттєво полегшує їх адаптацію в суспільстві. Окрім можливостей вияву громадської активності, ці неприбуткові об'єднання забезпечують робочі місця для певного контингенту людей, надають соціально важливі послуги інвалідам, таким чином сприяючи створенню умов для забезпечення життєдіяльності осіб з обмеженими можливостями.

Таким чином, у процесі розробки третьої педагогічної умови було виявлено, що педагогічна технологія комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА – це своєрідний політехнологічний комплекс, який інтегрує в собі ряд спеціалізованих (більш вузько спрямованих) технологій, методів, які працюють на вирішення кінцевої мети.

Завершуючи розробку третьої педагогічної умови комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями, ми вважаємо необхідним підкреслити, що розглянуті педагогічні технології забезпечують врахування психологічних особливостей інвалідів, а також є комплексним індивідуально орієнтованим інструментарієм соціалізації даного контингенту.

Підводячи загальний підсумок теоретичній розробці педагогічних умов соціалізації осіб з ПОРА, ми вважаємо, що виділені нами педагогічні умови є взаємопов'язаними і взаємодоповнюючими складовими ефективного процесу реабілітації інвалідів. Практична реалізація розроблених умов можлива при комплексному врахуванні сутнісних характеристик кожної з них і може бути успішною, якщо діяльність міждисциплінарних суб'єктів корекційно-реабілітаційного середовища спиратиметься на дані умови в організаційному та методичному контексті.

Завершуючи розробку педагогічних умов соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату ми, підтримуємо точку зору науковців [14, 115, 169, 219, 237, 248, 262, 266] про те, що процес комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА, з одного боку, це метод, технологія, а з іншого – цілісна система професійної діяльності фахівців, спрямована на створення умов, щоб зробити цей процес більш успішним та результативним. Ми вважаємо, що запропонований авторський проект психолого-педагогічного супроводу регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА дозволяє інтегрувати розмежовані в регіоні діагностику, консультативну роботу, соціально-захисні заходи та ін.

3.2. Педагогічні технології та механізм реалізації програми комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА в умовах регіонального корекційно-реабілітаційного середовища

Реалізація програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату вимагала розробки відповідного механізму. Традиційно під педагогічними механізмами науковці розуміють систему, устрій, які визначають порядок якогось виду діяльності, або послідовність станів, процесів, які визначають собою якусь дію, явище, способи впливу на несвідому й свідому сфери особистості з метою посилення використовуваних педагогічних методів [262].

С. Савченко, розвиваючи цю думку, підкреслює, що в соціології в якості механізмів розглядаються процеси адаптації (біологічна, психічна, соціальна) і взаємодії соціальних суб'єктів. У педагогіці механізмами є сім'я, найближче оточення, неформальне спілкування, референтні групи, інші соціальні спільності [315].

У Міждисциплінарному словнику з педагогіки (2005) стосовно механізмів психологічного впливу сказано, що це «способи впливу на несвідому й свідому сфери особистості з метою посилення використовуваних педагогічних методів», якими названо навіювання, зараження, наслідування, переконання [269].

У будь-якому випадку, приймаючи за загальне трактування розуміння механізмів як способів досягнення поставленої мети, ми вважаємо, що в основі застосування будь-якого механізму лежить внутрішнє ставлення особистості до своїх соціальних ролей, рис характеру, до самої себе, інших людей, явищ духовного й матеріального життя.

Механізм реалізації регіональної програми має формуватися, виходячи з принципово важливих положень: по-перше, механізми реалізації регіональної програми повинні враховувати й загальнодержавні, національні інтереси, й інтереси розвитку регіону з його специфічними особливостями; по-друге, механізм реалізації регіональної програми має враховувати сектори та напрямки роботи, рівні здійснення (обласний, міський, районний), необхідні спеціально створені структури, відповідальні за роботу з особами цієї категорії, причетних до вирішення проблем

даного контингенту; по-третє, механізм реалізації регіональної програми повинен ураховувати визначені загальнорегіональні орієнтири для вирішення завдань, важливих для вузької групи чи окремої особи, розвинений механізм фінансування регіональної системи соціально-педагогічного супроводу осіб з обмеженими можливостями (з державного бюджету, фінансування органами обласної та місцевої влади, залучення позабюджетних коштів, фінансування через молодіжні та інші цільові фонди, через дотації, субсидії, проведення конкурсних програм, грантів тощо); по-четверте, необхідна наявність розвиненої інфраструктури медичних, навчально-виховних, соціально-побутових, реабілітаційних закладів для осіб з вадами психофізичного розвитку.

У цьому визначенні закладено розуміння способу реалізації педагогічної мети, що дозволяє віднести це поняття до спеціальних технологій педагогічної науки. Таким чином, беручи до уваги специфіку нашого дослідження, під **механізмами реалізації регіональної програми** ми будемо розуміти сукупність цілеспрямованих, взаємопов'язаних, педагогічно керованих процесів, які забезпечують успішність комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Цей процес, на нашу думку, складається: зі здійснення діагностики соціального середовища взагалі й осіб з вадами розвитку ОРА зокрема; з виявлення на базі висновків діагностики цілей і пріоритетних напрямів діяльності регіональної програми; з розробки стратегічних і тактичних заходів щодо практичної реалізації регіональної програми.

Слід мати на увазі, що всі суб'єкти діяльності, які мають відношення до реалізації програми, повинні не тільки керуватися нормативно-правовими документами, але й бути готовими до здійснення прогностичної функції, без якої неможливо досягти високих результатів.

Складовими механізму розробки та практичного використання комплексної технології соціалізації інвалідів в межах регіонального реабілітаційного середовища стали:

- постійно діючі міжвідомчі комісії в справах осіб з обмеженими можливостями на всіх рівнях регіональних органів влади (обласних, міських, районних, селищних, сільських);
- відповідні управління, відділи у виконавчих органах влади;
- філії всеукраїнських установ, закладів, фондів щодо вивчення проблем та сприяння реалізації процесу соціально-педагогічної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями;
- державні та громадські організації інвалідів.

Крім того, на нашу думку, необхідно враховувати чинники, які впливають на ефективність здійснення комплексної реабілітації на регіональному рівні:

1) загальнодержавна стратегія в справі реабілітації дітей та молоді з вадами розвитку;

2) регіональні особливості реалізації процесу реабілітації дітей та молоді з вадами розвитку (демографічна ситуація в регіоні; фінансово-економічний стан регіону; стан справ зі здоров'ям молоді в регіоні; регіональні традиції відносно людей з вадами розвитку; наявність медичних, педагогічних, соціальних та інших кадрів, здатних на професійному рівні вирішувати проблеми соціально-педагогічної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями; створення інфраструктури навчально-виховних, медичних, соціально-побутових закладів, для дозвілля, спорту та інших);

3) активність громадськості та самих осіб з обмеженими можливостями у реабілітаційному процесі (участь у роботі державно-громадських організацій та установ);

4) розвиток системи інформування дітей та молоді з обмеженими можливостями щодо механізму реалізації процесу їх комплексної реабілітації та соціалізації;

5) науково-методичне забезпечення регіональної системи комплексної реабілітації дітей та молоді з вадами психофізичного розвитку.

Формулюючи висновок із вищезазначеного, можна сказати, що механізм використання комплексної технології реабілітації дітей і молоді з ПОРА має включати такі елементи:

- сукупність законодавчих та нормативних актів на рівні держави, які регламентують державну політику стосовно дітей і молоді з обмеженими можливостями й визначають у цій роботі місце й роль регіональної системи діяльності, а також регіональні нормативні документи, програми щодо вказаних проблем;
- вертикаль у структурі органів державної виконавчої влади з підпорядкованих органів, які безпосередньо відповідають за соціально-педагогічну реабілітацію дітей і молоді з обмеженими можливостями;
- організації та заклади (у тому числі й спеціально створені), відповідальні за роботу з людьми цієї категорії, у галузевих органах державного управління регіонального рівня, причетних до вирішення проблем дітей і молоді з обмеженими можливостями;
- розвинена інфраструктура медичних, навчально-виховних, соціально-побутових, фізкультурно-спортивних закладів для дітей і молоді з вадами психофізичного розвитку;
- розвинений механізм фінансування регіональної системи соціально-педагогічної реабілітації осіб з обмеженими можливостями;
- вивчення стану осіб з психофізичними вадами розвитку та прогнозування розвитку тенденцій їх реабілітації й соціальної адаптації;
- визначення цілей та орієнтирів регіональної моделі соціально-педагогічної реабілітації дітей і молоді з обмеженими можливостями;
- функціонування системи підготовки та перепідготовки кадрів (соціальних, медичних, педагогічних, психологічних, тощо) для роботи з особами з вадами психофізичного розвитку;

- створення системи контролю та періодичної звітності (слухань) про хід реалізації регіональної моделі соціально-педагогічної реабілітації дітей і молоді з вадами розвитку;
- створення ефективної системи інформування осіб з обмеженими можливостями, а також їхніх батьків і всіх причетних до вирішення проблем цієї категорії людей.

Основними характеристиками механізму реалізації педагогічної програми соціалізації осіб з ПОРА стали: фіксація досягнутого рівня розвитку, що є своєрідною точкою відліку подальших дій; визначення прогнозованих майбутніх змін, тобто розробка робочого проекту діяльності; визначення стратегії і тактики, етапів переходу до прогнозованого варіанта; процес відстеження, моніторингу результативності корекційно-реабілітаційної діяльності.

Таким чином, запропонована нами комплексна технологія соціалізації осіб з ПОРА містить три етапи реалізації: теоретичний етап (наявність регіональної програми); методичний етап (нормативи діяльності); процедурний етап (система послідовних операцій) та три основні функції, які можуть бути реалізовані у практичній діяльності під час її застосування (компенсаторна; адаптивна; та розвивальна) на основі: особистісно орієнтованого індивідуального підходу та розробки інтегрально-диференціальних корекційно-реабілітаційних програм допомоги і підтримки, адекватних індивідуально-психологічним та віковим особливостям осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Луганською обласною державною адміністрацією були затверджені розроблені під нашим науковим супроводом регіональні програми: «Репродуктивне здоров'я населення області 2001-2005р»; «Ранньої соціальної реабілітації дітей - інвалідів 2003-2006р.»; «Цільова програма захисту населення в 2004-2005р.»; «Комплексна обласна програма соціального захисту і реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2007-2010 роки».

Протягом 2007-2010 років вдалося здійснити комплекс заходів щодо соціального захисту і реабілітації осіб з ПОРА, забезпечуючи їм: соціальний захист та реабілітаційні заходи; соціально-культурну реабілітацію; правовий захист;

покращення соціально-побутових умов; медико-фізичну, професійну та соціальну реабілітацію.

Виконками міських рад міст обласного значення та райдержадміністрації на основі нашої програми розробили місцеві заходи та надавали інформацію щодо стану їх реалізації Головному управлінню праці та соціального захисту населення облдержадміністрації два рази на рік.

Важливою складовою механізму реалізації регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату стало організаційно-нормативне забезпечення. Перш за все, для всіх представницьких та виконавчих органів державної влади було визначено посадові особи, які безпосередньо відповідатимуть за здійснення заходів щодо соціалізації осіб з ПОРА. Ці відповідальні посадові особи ініціюють або беруть безпосередню участь у закріпленні необхідних функцій структурних підрозділів і працівників, визначають порядок взаємодії між ними, виділяють необхідні матеріальні та фінансові ресурси, а також проводять інші необхідні заходи.

По-друге, обласні та місцеві органи державної влади та управління, приймаючи нормативні акти, зобов'язані співвіднести рішення й документи із загальнорегіональними пріоритетними орієнтирами щодо соціалізації осіб з ПОРА, або розробляти й приймати цільові документи, рішення, постанови, які безпосередньо стосуються проблем дітей і молоді з вадами психофізичного розвитку.

По-третє, систематично розглядаються звіти про хід та результативність реалізації запланованих дій і заходів на засіданнях облради, облдержадміністрації, міських (районних) виконкомів тощо. Аналогічна робота здійснюється на рівні підприємств, організацій, відомств, навчально-виховних та медичних закладів. Ця робота здійснюється і через виконання рішень вищих органів влади та організацій, і за власною ініціативою.

Слід мати на увазі, що всі суб'єкти корекційно-реабілітаційної діяльності, які мають відношення до реалізації програми, повинні не тільки керуватися нормативно-правовими документами, але й бути готовими до здійснення

прогностичної функції, без якої неможливо досягти високих результатів. Це становить так званий концептуально-прогностичний етап у реалізації програми, який передбачає її концептуальне обґрунтування, розробку теоретико-методологічних ідей і принципів реалізації

Під час реалізації заходів регіональної програми безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення, затвердженої розпорядженням голови облдержадміністрації від 26.06.2004 № 433, складено перелік 419 об'єктів житлового та громадського призначення, які підлягають першочерговому пристосуванню до потреб інвалідів. Розпорядженням голови обласної держадміністрації від 27.12.2006 № 1356 створено обласний комітет забезпечення доступності інвалідів та інших маломобільних груп населення до об'єктів соціальної та інженерно-транспортної інфраструктури. На сьогоднішній день в області забезпечено вільний доступ людей з обмеженими фізичними можливостями до 635 об'єктів (78%) соціальної інфраструктури регіону.

Міські та районні відділи освіти, виконуючи завдання програми, першочергову увагу приділяли розробці індивідуальних планів навчання і виховання кожної особи з інвалідністю, удосконаленню технічної, організаційної та методичної бази для забезпечення реального доступу особи з обмеженими психофізичними можливостями до всіх форм і рівнів освіти на території міста, району.

Було заплановано та проведено роботу постійно діючих семінарів-тренінгів відповідної тематики для педагогічних кадрів спеціальних шкіл-інтернатів та загальноосвітніх дошкільних, шкільних та позашкільних закладів. Також було проведено моніторинг професійних, творчих і культурних потреб осіб з вадами психофізичного розвитку та рівня їх готовності до інтеграції в суспільство.

Педагогічні колективи загальноосвітніх навчальних закладів здійснили узгодження чинних навчальних програм із завданнями регіональної програми соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

Працівниками центрів реабілітації дітей-інвалідів «Незабудка» та «Відродження» були створені необхідні умови для перебування у них дітей з ПОРА

та їх батьків, надання всебічної допомоги для ефективної реалізації індивідуальних корекційних програм.

Спеціалістами Луганської обласної дитячої клінічної лікарні було проведено заходи щодо ранньої діагностики захворювань, які призводять до інвалідності, причин виникнення недоліків вторинного походження, що супроводжують захворювання. Результатом роботи стало створення сучасної бази даних про стан здоров'я дітей-інвалідів віком від 0 до 16 років у Луганській області.

Активна робота лабораторії діагностики та корекції психофізичних порушень дітей і дорослих ЛНУ, головного управління праці та соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації разом з обласним відділенням Фонду соціального захисту в інвалідів, громадськими організаціями та виробничими підприємствами області дозволила створити необхідні умови для надання соціальних послуг незахищеним верствам населення на державному рівні.

Змістовну частину авторського проекту психолого-педагогічного супроводу реалізації регіональної програми складала наступні заходи: створення обласного банку даних інвалідів усіх категорій; проведення наукового соціологічного дослідження становища інвалідів силами волонтерів – студентів ЛНУ; інформування суспільства про зміни та доповнення у законодавстві щодо соціального захисту інвалідів; організації комплексу заходів щодо соціальної підтримки молоді та дітей з обмеженими психофізичними можливостями; забезпечення соціального супроводження осіб з ПОРА; вивчення досвіду іноземних держав у сфері реабілітації та зайнятості осіб з порушеннями опорно-рухового апарату; організація роботи щодо соціальної адаптації та інтеграції у суспільство молоді з функціональними обмеженнями та сприяння реалізації комплексу заходів соціальної підтримки цієї категорії інвалідів, зокрема дітей-інвалідів; забезпечення підготовки необхідної кількості педагогічних та соціальних працівників для роботи з особами, які мають обмежені фізичні можливості; проведення у навчальних закладах занять з питань захисту прав осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю; збільшення кількості спеціальних груп для осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними

захворюваннями та розумовою відсталістю у професійно-технічних вищих навчальних закладах; проведення зустрічей, «круглих столів», конференцій за участю громадських організацій інвалідів з метою розгляду проблемних питань соціальної спрямованості та залучення зазначених організацій до їх вирішення згідно з чинним законодавством; розвиток волонтерського руху в навчальних закладах різного рівня акредитації; сприяння працевлаштуванню інвалідів; створення банку даних інвалідів, які бажають працювати або закінчують різні навчальні заклади; сприяння впровадженню механізму фінансово-економічного стимулювання роботодавців; організація роботи з надомної форми праці як одного з оптимальних напрямів забезпечення зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями шляхом висвітлення її переваг через видання відповідних буклетів, листівок, пам'яток тощо; підтримка громадських організацій інвалідів та надання допомоги під час організації та проведення заходів; проведення семінарів щодо взаємодії виконавчих органів влади та громадських організацій інвалідів; сприяння реалізації програм безперешкодного доступу осіб з ПОРА до об'єктів житлового та громадського призначення; створення спеціалізованих транспортних служб для безкоштовного та пільгового перевезення інвалідів; проведення оздоровлення інвалідів-спортсменів; удосконалення системи реабілітаційних послуг для інвалідів; підвищення рівня послуг, що надаються інвалідам та громадським організаціям інвалідів.

Соціальна, трудова й професійна реабілітація інвалідів здійснюється шляхом фінансової підтримки центрів та відділень реабілітації, технічного переоснащення підприємств громадських організацій інвалідів, професійного навчання, покращання санітарно-гігієнічних умов праці осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Успішне виконання регіональної програми є дієвим механізмом реалізації державної політики щодо проблем соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями стосовно їх реабілітації, створення цим особам умов для їх самореалізації як особистостей.

Під час розробки механізму реалізації регіональної програми соціалізації осіб з ПОРА ми враховували прогнозований стан процесу реабілітації інвалідів як

цілісної педагогічної системи. Вона містить інформацію про чинники, що впливають на ефективність здійснення регіональної програми, механізми її реалізації, організаційні заходи та ін. Особливу увагу ми приділили осмисленню параметрів ресурсного забезпечення процесу соціалізації осіб з порушеннями ОРА.

Нормативно-правове забезпечення містить знання суб'єктами корекційно-реабілітаційної діяльності нормативних документів, загальної професійної компетентності у роботі з документами й регламентуючими інструкціями, усвідомлення своїх прав і обов'язків, уміння використовувати свої повноваження в повному обсязі.

Інформаційне забезпечення включає всю інформацію, необхідну для виконання своїх функцій. Причому йдеться не просто про певний інформаційний обсяг, а про формування банку спеціальної інформації з різноманітних галузей знань.

Концептуальне забезпечення спрямоване на осмислення провідних загальнотеоретичних положень з різних наук (передусім філософії, педагогіки, психології, медицини), необхідних для розробки концептуальних положень програми й створення механізмів її практичної реалізації. Особливе значення має процес адаптації загальнотеоретичних знань до конкретних соціальних ситуацій [10].

Методичне забезпечення передбачає розробку педагогічних технологій і рекомендацій щодо їх застосування для різноманітних суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності – педагогів, реабілітологів, психологів, медичних і соціальних працівників, батьків, волонтерів.

Матеріальне забезпечення безпосередньо не формувалося розробниками програми, але враховувалося при здійсненні їхньої діяльності. Це передусім відомості про бюджет регіону, про фінансування конкретних соціальних програм, наявність сучасної технічної бази, можливостей роботи з комп'ютером, системою Інтернет та ін.

Психологічне забезпечення передбачає створення у всіх суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності установки на толерантність і терпіння в досягненні

результатів, формування у дітей і молоді з ПОРА суб'єктної життєвої позиції, соціальної активності, віри у власні сили.

Кадрове забезпечення визначається готовністю суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності до реалізації покладених на них обов'язків, їхньою компетентністю й прагненням до професійного самовдосконалення.

При моделюванні механізму реалізації регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату ми вважаємо за доцільне виходити з того, що такий механізм є явищем надзвичайно мінливим у часі. Крім того, на нашу думку, необхідно враховувати чинники, які впливають на ефективність здійснення заходів програми на регіональному рівні: а) загальнодержавна стратегія соціалізації дітей і молоді з вадами психофізичного розвитку; б) чинники, що мають специфічний вплив на ефективність процесу соціалізації осіб з ПОРА в регіоні (демографічна ситуація в регіоні, стан справ зі здоров'ям молоді в регіоні; регіональні традиції відносно людей з вадами розвитку взагалі, та дітей і молоді з ПОРА зокрема; структура економіки, фінансово-економічний стан регіону); в) організаційні та фінансові чинники (діяльність органів державної влади щодо реалізації регіональної програми соціалізації дітей і молоді з вадами психофізичного розвитку; увага та особистісна моральна відповідальність керівництва області, міст (районів) за стан справ у реалізації програми соціалізації дітей і молоді з ПОРА; наявність медичних, педагогічних, соціальних та інших кадрів, здатних на професійному рівні вирішувати проблеми соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями; створення інфраструктури навчально-виховних, медичних, соціально-побутових закладів, закладів для дозвілля та інших; фінансове та матеріальне забезпечення регіональної програми соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями); г) активність громадськості та самих осіб з ПОРА (участь у регіональних заходах щодо соціалізації інвалідів громадськості різного рівня та напрямків діяльності; участь дітей і молоді з вадами ОРА в діяльності державно-громадських організацій та установ; наявність громадських об'єднань, рухів, комітетів тощо, які вирішують проблеми осіб з обмеженими психофізичними можливостями); д) розвиток системи інформування дітей і молоді з ПОРА; ж)

науково-методичне забезпечення регіональної системи соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

До найважливіших умов, які забезпечують ефективність реалізації програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, ми відносимо організацію й створення в регіоні єдиного корекційно-реабілітаційного середовища, спеціально розроблені умови, що мають конкретну спрямованість й орієнтовані на регіональні особливості. По суті, це багатомірний педагогічний простір, який забезпечує вибір засобів оптимального розвитку дітей і молоді з ПОРА, що дозволяє таким особам самовизначитись у різноманітних видах громадської діяльності. Мультидисциплінарній команді фахівців це дозволяє створювати умови для реальної ефективної соціалізації дітей і молоді з ПОРА в широкому соціальному контексті; батькам – брати активну участь у створенні і діяльності корекційно-реабілітаційного середовища, а організаторам і управлінцям – приймати рішення з урахуванням розмаїття соціальних ситуацій у регіоні.

Механізми реалізації регіональної програми соціалізації дітей і молоді з ПОРА повинні враховувати загальнодержавні, національні інтереси, та інтереси розвитку регіону з його специфічними природно-географічними, соціально-економічними, демографічними характеристиками, історичними та культурно-побутовими особливостями.

Залежно від специфіки умов у певний період часу в конкретному регіоні або робиться акцент на загальнонаціональні, державні програми, законодавчі акти, інформативні документи, або вводяться додаткові нормативні документи, обласні, місцеві програми, заходи, що не суперечать загальнодержавним (вони їх уточнюють, доповнюють, ініціюють). Можна акцентувати увагу на вирішенні проблем соціального захисту (у маленьких містах і селах з депресивною економікою) чи на створенні сприятливих умов для ефективної трудової діяльності (у великих містах з розвинутою соціально-економічною сферою).

Механізм реалізації регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату має враховувати її структурованість, сектори та напрямки роботи, рівні здійснення (обласний, міський, районний). Він повинен враховувати

визначені загальнорегіональні орієнтири, а також вирішувати завдання, важливі для вузької групи людей чи окремої особи.

Передбачалося, що такий механізм буде ефективним за наявності системи організаційних заходів, які приводили б його в дію:

- вивчення стану здоров'я, та рівня інтегрованості дітей і молоді з психофізичними вадами розвитку, прогнозування розвитку тенденцій їх реабілітації та соціальної адаптації;
- визначення загальнорегіональних орієнтирів регіональної моделі соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями;
- функціонування оновленої системи підготовки та перепідготовки кадрів (медичних, педагогічних, психологічних, соціальних тощо);
- залучення керівних кадрів регіону (області, міст, районів, селищ, сіл), закладів та підприємств до безпосередньої участі в реалізації регіональної моделі соціалізації дітей і молоді з ПОРА;
- створення системи контролю та періодичної звітності про хід реалізації регіональної моделі соціалізації дітей і молоді з ПОРА;
- створення ефективної системи інформування учасників регіонального корекційно-реабілітаційного середовища про хід реалізації програми.

Механізм реалізації регіональної програми соціалізації осіб з ПОРА можна представити у вигляді схеми (*Рис. 3.1*).

Розробляючи критерії ефективності регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями ОРА, ми спирались на критеріальну систему, розроблену С. Савченком [316] для визначення ефективності регіонального освітнього простору щодо соціалізації студентської молоді. Він ці критерії визначає як супутні, вплив яких здійснюється не прямо, а опосередковано через систему взаємозв'язків та відношень, що функціонують в освітньому просторі регіону. Самі по собі вони не визначають спрямованість та результативність соціалізації, але можуть каталізувати чи, навпаки, гальмувати ці процеси.

Специфіка нашого дослідження, його прикладна спрямованість, орієнтація на регіональне корекційно-реабілітаційне середовище дали змогу адаптувати запропоновану С. Савченком систему критеріїв щодо оцінювання ефективності регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями ОРА. Усі критерії ми об'єднали у дві великі групи:

1. Критерії, що визначають загальні можливості регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.
2. Критерії, що визначають можливості програми соціалізації на рівні окремих учасників регіонального корекційно-реабілітаційного середовища.

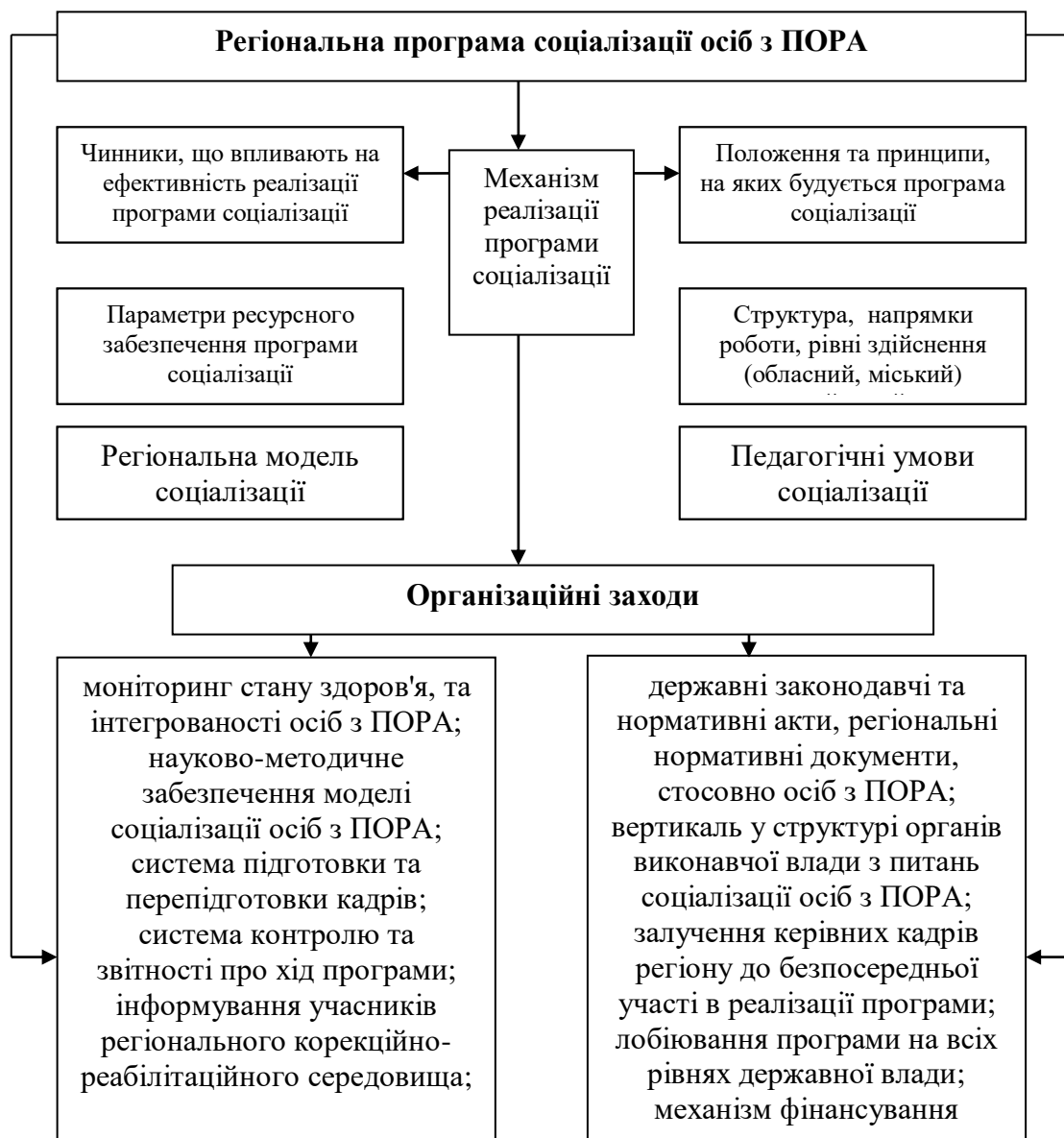


Рисунок 3.1. Схема реалізації регіональної програми соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату.

До першої групи ми відносимо наступні критерії: *доступності* регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА (можливість отримання психолого-педагогічної, правової, медичної, економічної допомоги; наявність у традиційних системах забезпечення розвитку, навчання та виховання дітей і молоді спеціальних умов і можливостей для осіб з ПОРА; можливість забезпечення високого рівня професійної підготовки та перепідготовки осіб з ПОРА; можливість безкоштовно отримати лікування, освіту, професійну підготовку особам з вадами психофізичного розвитку; різноманітність, гнучкість та мобільність системи закладів лікування, виховання та навчання дітей і молоді з ПОРА).

Демократичність системи соціалізації осіб з ПОРА в регіоні (можливість громадськості, дітей з вадами розвитку та їхніх батьків впливати на розвиток регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА; залучення громадськості та самих інвалідів до керування регіональною системою соціалізації осіб з ПОРА; відкритість регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА; гласність під час обговорення проблем, що виникають у регіональній системі соціалізації осіб з ПОРА, можливість їх відкритого обговорення).

Взаємозв'язок регіональної програми соціалізації осіб з ПОРА із загальнонаціональною системою соціального захисту осіб з обмеженими психофізичними можливостями (виконання державних нормативно-правових документів стосовно осіб з вадами розвитку; прояв ініціативи в удосконаленні державної нормативно-правової бази роботи з питань реабілітації, інтеграції та соціалізації осіб з ПОРА; використання національних традицій піклування про життя та долю осіб з вадами психо-фізичного розвитку).

Кадрове забезпечення регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА (співвідношення кількості педагогічних кадрів, які мають спеціальну освіту щодо роботи з інвалідами, з кількістю цих осіб у регіоні; наявність умов для підвищення кваліфікації, підготовки та перепідготовки кадрів для роботи з дітьми і молоддю з ПОРА).

Наявність розвинутої інфраструктури корекційно-реабілітаційних закладів для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (наявність мережі спеціальних

навчально-виховних закладів з кожного профілю та її достатність; наявність мережі спеціальних та профільних груп, класів у загальноосвітніх дошкільних, шкільних та позашкільних закладах; наявність мережі додаткових спеціальних закладів для роботи з дітьми і молоддю з вадами розвитку за місцем проживання; регулярне проведення заходів, акцій, свят, вечорів для осіб з обмеженими можливостями; наявність системи спільної діяльності органів освіти, охорони здоров'я, опіки тощо.

Другу групу критеріїв склали такі:

А. Зміст корекційно-реабілітаційного процесу в реабілітаційному закладі.

Показниками в цьому випадку є: наявність цільової спеціальної навчально-виховної системи у вигляді чітко фіксованої концепції; наявність оригінальних традицій навчання й виховання дітей і молоді з ПОРА; наявність системи корекційно-реабілітаційної діяльності для дітей і молоді з ПОРА за межами реабілітаційних закладів; використання в роботі принципів особистісно орієнтованого підходу до осіб з ПОРА; наявність здорової, доброзичливої психоемоційної атмосфери; задоволеність дітей з вадами розвитку ОРА та їх батьків організацією та результатами корекційно-реабілітаційного процесу.

Б. Кадрове забезпечення системи корекційно-реабілітаційної роботи учасників корекційно-реабілітаційного середовища. Показники цього критерію фіксуються в таких проявах: наявність кадрів відповідної підготовки; намагання працівників використовувати сучасні навчально-виховні та реабілітаційні технології; наявність системи методичного забезпечення роботи з дітьми і молоддю з вадами ОРА; участь працівників у науково-методичних та експериментальних заходах з проблем розвитку та соціалізації дітей і молоді з ПОРА; гнучкість та різноманітність системи роботи щодо реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА.

Найважливішою складовою частиною механізму реалізації програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА є педагогічний моніторинг. Під моніторингом у педагогіці розуміють тривале стеження за якимись об'єктами чи явищами педагогічної дійсності [174]. Моніторинг забезпечує всіх учасників педагогічного процесу якісною інформацією, необхідної, з одного боку, для оцінки поведеної роботи, з іншого – для прийняття управлінських рішень, коригування

досліджуваного процесу. Таким чином, успішне забезпечення реалізації програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА неможливо без постійного й об'єктивного спостереження за її ходом, що можливо при науково організованому моніторинговому процесі. У нашому випадку об'єкти моніторингу численні й різноманітні. До основних ми відносимо: результати корекційно-реабілітаційної діяльності та використані в її ході педагогічні прийоми та технології; педагоги, соціальні працівники, батьки й особи з ПОРА. Причому, найбільший інтерес становить динаміка зв'язків і відносин, які виникають між ними в процесі здійснення програми соціалізації цих осіб.

В організації й проведенні моніторингової діяльності ми враховували, що вона за своєю суттю охоплює цілі програми, наявну в розпорядженні суб'єктів реабілітації інформацію, зроблені прогнози, рішення, що приймаються, корекцію реабілітаційної діяльності. Моніторинг – це не тільки виявлення відхилень від окресленої програми, але й наукова підстава для її перегляду й коригування. Під час його організації й проведення ми враховували зауваження А. Новикова про те, що для отримання високого результату необхідно керуватися такими принципами: об'єктивністю, тобто оцінювати досліджуване явище однозначно, не припускаючи суперечливих тлумачень і не орієнтуючись на особистісні пристрасті; адекватністю (валідністю), тобто оцінювати саме те, що необхідно оцінити; нейтральністю стосовно оцінюваного результату [187].

В організації й проведенні моніторингу ми керувались ще однією обставиною, яка впливала із самої специфіки нашого дослідження. Справа в тому, що процес фізичної й соціальної реабілітації дітей і молоді з ПОРА об'єктивно носить тривалий характер, а часто взагалі не може бути завершений ніколи. Моніторинг же, на відміну від інших форм спостереження, також передбачає тривалість застосування. Моніторингова система за своєю природою лонгітюдна й розрахована на тривалі часові проміжки. Тільки так можна встановити приховані взаємозв'язки й взаємозалежності між явищами педагогічної дійсності, виявити справжні причини успіхів і невдач, порівняти отриманий результат з прогнозованим і тим самим

забезпечити реальну об'єктивну побудову індивідуальної траєкторії розвитку особи з порушеннями ОРА.

3.3. Наукові та організаційні засади управління регіональною моделлю комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями ОРА

Сучасною реальністю, що обумовлює необхідність сутнісного оновлення управління корекційно-реабілітаційною системою та її складових частин, стає педагогічний контекст. Це виражається у розвитку тенденцій, які сьогодні набувають усе більшого значення: утвердження суспільно-державної моделі управління, поступова зміна командно-адміністративної моделі управління на соціально-психологічну, освітньо-виховну системи, що стають усе більш відкритими.

Розпочатий аналіз дозволяє нам виділити та розглянути в управлінні системою комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА низку аспектів, до яких ми відносимо філософсько-соціологічний, гуманістичний, особистісний, правовий, синергетичний, розвивальний [391].

Філософсько-соціологічний аспект характеризує дію рівня та змісту соціального розвитку на підходи до управлінської діяльності. Як показує аналіз, суттєвими показниками цього процесу є децентралізація демократизації, інноваційність. Демократизація управління регіональним реабілітаційним середовищем припускає, у першу чергу, зміни у взаєминах між суб'єктами реабілітаційного процесу, підвищення відкритості та відповідальності.

Інноваційність розроблених нами регіональних програм виражається, по-перше, у сприянні гуманізації ставлення до осіб з обмеженими психофізичними можливостями та їх проблем; по-друге, регіональні програми – це науково-обґрунтовані моделі, що забезпечують логічну впорядкованість й етапність дій усіх суб'єктів психолого-педагогічної допомоги особам з ПОРА та членам їх сімей; по-третє, наші програми дозволяють реалізувати регіональну систему управління процесом комплексної психофізичної реабілітації та соціальної адаптації осіб з

вадами розвитку; по-четверте, наші регіональні програми дають можливість організувати дієву допомогу кожній родині, де є особи з ПОРА у правовій, соціальній, економічній, медичній, психолого-педагогічній сферах з метою подальшого самовизначення такої особи в суспільному житті.

Інноваційність виступає знаком розвитку сучасного суспільства, усе більше впливає на корекційно-реабілітаційні процеси, а управлінці повинні прийняти інноваційний тип життя та життєдіяльності. Важливим інноваційним завданням управління є формування готовності суспільства прийняти осіб з ПОРА як рівноправних членів і сприяння у створенні рівних можливостей і умов, які забезпечують достойний рівень і якість їх життя.

Органічною в такому розумінні стає потреба в конструюванні множинності реабілітаційних технологій, для яких характерною є варіативність методик, що творчо організують реабілітаційне середовище. Основною функцією педагога-реабілітолога стає сприяння в ефективному та творчому освоєнні інформації, у розвитку критичного осмислення здобутої інформації, тобто потрібен педагог-реабілітолог, який сприяє, полегшує, допомагає.

Особливо, на нашу думку, це стосується управління системою психолого-педагогічного супроводу осіб з ПОРА, оскільки означає нові умови професійної діяльності керівників, коли результати управлінської діяльності забезпечують ефективність та розвиток усієї системи реабілітації та соціалізації.

Особистісний аспект в управлінні регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА виражається в необхідності створення для кожної людини з інвалідністю ситуації розвитку особистості на різних етапах і в різних інститутах соціалізації. Теоретико-методологічним підґрунтям особистісної орієнтації є класичні праці психологів Б. Ананьєва, В. Давидова, О. Леонтєва, А. Петровського, С. Рубінштейна [11,197,314], які розкривають проблеми індивіда, особистості, індивідуальності. Кожна з цих груп властивостей є системою, що відкрита зовнішньому світу - суспільному життю, географічному середовищу, біосфері в цілому.

Індивідуальний розвиток людини здійснюється в її постійній і відкритій взаємодії з природою і суспільством. Поняття щодо відмінності індивідуальних і особистісних якостей особистості ввів у психологічну науку С. Рубінштейн. «Властивості особистості, - писав він, - ніяк не зводяться до її індивідуальних особливостей. Вони містять загальне, особливе та одиничне. Особистість тим значніше, чим більше в індивідуальному переломленні в ній наявне загальне. Індивідуальні властивості особистості — це не те саме, що особистісні властивості індивіда, тобто властивості, які характеризують його як особистість» [314].

А. Петровський (1995) слово «індивідуальність» використовує як синонім неповторності. Він зазначає, що індивідуальність - це неповторне поєднання психічних властивостей у кожної конкретної людини, стійке утворення, єдність, яку можна розглядати як відносну сталість психічного вигляду чи складу особистості». Особистість керівника, його індивідуальність набуває великого значення для оновлення управління системою роботи з дітьми та молоддю з ПОРА. Серед усіх значущих індивідуально-особистісних якостей керівника, необхідних для здійснення професійної діяльності, ми виділяємо емпатію, рефлексію і всі ті якості особистості, які виявляються в гуманізмі та інтелігентності педагога як керівника.

Взаємозв'язок емпатії та рефлексії в професійній діяльності являє собою складну діалектичну єдність. Професійне педагогічне буття включається через його суб'єктів (педагог - учень, керівник - педагог) у реальне життєве буття. Воно постійно змінюється. Ця зміна пов'язана з переходами «Я» одного суб'єкта як такого в «Я» - друге, інше. Рефлексія є принципом людського мислення, вона спрямовує людину на осмислення форм і передумов, предметний розгляд самого знання, критичний аналіз його змісту та методів пізнання, самопізнання. За допомогою рефлексії людина осмислює своє буття, свої дії, вчинки, їх об'єктно-закономірний характер. Феномен рефлексії є виявленням суб'єктності людини.

Рефлексія визначається в наукових дослідженнях як родова здатність людини, що виявляється в поверненні свідомості на себе, на внутрішній світ людини та її місце у стосунках з іншими, на форми і способи перетворювальної діяльності.

Зміна соціокультурних і економічних умов розвитку суспільства зумовила суттєве оновлення нормативно-правової бази функціонування освітніх та реабілітаційних закладів, що актуалізує правовий аспект педагогічного контексту регіональної системи соціалізації дітей і молоді з ПОРА.

Усі міжнародні документи можна умовно розділити на дві великі групи: а) ті, які стосуються прав людини взагалі та осіб з обмеженими можливостями здоров'я, та окремо ті, що стосуються прав інвалідів. До основоположних документів світової співдружності належать декларація прав людини, яка вказує, що «кожний має право на нормальне життя в умовах безробіття, хвороби, інвалідності»; Конвенція про права дитини, у якій декларується, що «неповноцінна в моральному та фізичному відношенні дитина повинна вести повноцінне життя в умовах, які забезпечують її достойність, сприяють її впевненості в собі та забезпечують активну участь у житті суспільства». Управління регіональною системою соціалізації дітей і молоді з ПОРА повинно бути націлено на представлення ними рівності в правах шляхом створення для них особливих умов, які спрямовані на компенсацію обмежень життєдіяльності.

Нормативно-правовий аспект у цьому контексті програмно відображений у Декларації про права інвалідів (1975 р.), Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993 р.), Хартії третього тисячоліття (1999 р.) та низці інших документів ООН. Розпочата в Україні реформа спеціальної освіти вимагає глибокого, всебічного і творчого осмислення природи корекційно-реабілітаційної допомоги як суспільного феномену. Критичне переосмислення матеріалу надає можливість більш виважено підходити до розробки нових стратегій у галузі спеціальної освіти, дозволяє відібрати технології які будуть ефективно працювати в період перебудови галузі, яка перебігає в умовах глобалізації і трансформації всіх соціальних процесів.

Наприкінці ХХ – початку ХХІ ст. система корекційно-реабілітаційної допомоги стала об'єктом соціальної політики держави. Підстави до такого ствердження виходять із того, що забезпечення якості корекційно-реабілітаційної допомоги можливе тільки шляхом проведення певних заходів – організаційних, фінансових, правових і суто психолого-педагогічних, медичних, соціальних - то це

вже політика, а отже вона передбачає певне управління цим явищем. Забезпечення управління є невід'ємною функцією кожної держави, а оцінка її загального стану – основою для вироблення стратегічної державної політики, розробки конкретних заходів з метою втілення її у життя.

У своїх працях М. Бянкін, М. Головатий, І. Іванюк, Б. Литвак, О. Новиков, І. Поделинська та ін. розглядали проблеми соціальної та освітньої політики, стратегічного планування, розвитку освіти. Так І. Іванюк зазначала, що: «політика – це низка цілеспрямованих дій з метою досягнення *стратегічних цілей системи* або організації». Українські науковці у своїх дослідженнях постійно звертаються до питань визначення стратегічних напрямків розвитку спеціальної допомоги дітям з психофізичними порушеннями (В. Бондар, Л. Вавіна, В. Засенко, А. Колупаєва, С. Миронова, Т. Сак, В. Синьов, Є. Синьова, В. Тарасун, Л. Фомічова, О. Хохліна, А. Шевцов та ін.).

Освітня політика, в галузі спеціальної освіти зокрема, не може існувати як некерований процес; вона має бути відповідним чином визначена й тому вимагає широкомасштабного і поглибленого вивчення. В працях науковців-дефектологів Л. Плаксіної, Т. Дегтяренко розпочато висвітлення механізмів функціонування сучасної системи корекційно-реабілітаційної допомоги дітям з психофізичними порушеннями як самостійної системи. В наших багаторічних наукових дослідженнях, що були присвячені вивченню системи корекційно-реабілітаційної допомоги, ми прийшли до нижченаведених висновків: 1) корекційно-реабілітаційну допомогу слід розглядати як об'єкт управління; 2) з огляду на існуючий обмежений науковий досвід розробки проблеми, що нами розглядається, її підґрунтям ми визначили положення висунуті Ю. Бабанським, та В. Тесленком. У своїх дослідженнях вони зазначають, що поняття «система, в якій протікає процес» і «процес як система» не є ідентичними, хоча і не можуть розглядатися ізольовано, оскільки система, в якій протікає процес, є як би матеріалізованою основою самого процесу. Отже, у нашому дослідженні ми виходили з того, що корекційно-реабілітаційну роботу можна розглядати і як систему, і як процес, які потребують управління; 3) зміни стратегічного курсу розвитку спеціальної освіти – початок її

реформування через зміну нормативної бази – зумовлюють зміни й у системі управління спеціальною освітою. Управління в галузі спеціальної освіти можна розглядати й як практичну діяльність, що пов'язана з безпосереднім управлінням корекційно-реабілітаційної роботою. Проте, аналіз науково-методичної літератури довів, що зазначена проблема висвітлена науковцями вкрай недостатньо.

На сучасному етапі модернізації спеціальної освіти в Україні має бути створена концепція управління системою корекційно-реабілітаційної допомоги з чітким розставленням акцентів стосовно прав та обов'язків, ролі та місця всіх суб'єктів взаємодії, що належать до різних міністерств та відомств. При цьому концепція повинна мати положення, які будуть сприяти вирішенню проблем спеціальної освіти на сучасному етапі, а саме: подолання протиріч, які склалися у практиці корекційно-реабілітаційної допомоги як на регіональному рівні, так і на рівні закладів. З прийняттям на рівні держави рішення щодо впровадження нового підходу до організації навчання здійснено лише перші кроки до нових технологій. У зв'язку з введенням інклюзивної освіти у педагогів з'явиться й нова функція – здійснення управління корекційно-реабілітаційним процесом. В цьому аспекті управління виступає як система управлінських впливів на об'єкт управління. Але без розробки питань управління в системі корекційно-реабілітаційної допомоги всі нововведення носитимуть декларативний характер та залишатимуться на рівні побажань.

Здійснений перехід до нових умов навчання дітей з психофізичними порушеннями поставив перед наукою значне коло проблем, що вимагають, з одного боку, невідкладних, а, з іншого боку, глибоко вивірених і зважених рішень принципового, стратегічного характеру, а також розробки нових технологій. Необхідність нейтралізації можливих негативних наслідків вимагає проведення фундаментальних та прикладних досліджень, зокрема питання управління процесом корекційно-реабілітаційної роботи, і на цій основі розробки заходів, адекватних виявленим проблемам.

Для розуміння сутності, механізму і логіки розвитку управління процесом корекційно-реабілітаційної допомоги, ми розглянули взаємозалежність підсистем вищого та нижчого рівня у процесі управління соціальною сферою.

Глобалізаційні тенденції обумовили реформи соціальної сфери в Україні. Міжнародне співтовариство впливає на вирішення проблем осіб з особливими потребами. В Україні з урахуванням норм міжнародного права, зокрема Загальної Декларації прав людини та Конституції України, поступово формується політика в соціальній сфері, яка ґрунтується на нормативно-правовій базі, яка складається із ратифікованих Україною міжнародно-правових актів, законів і постанов Верховної Ради України, указів і розпоряджень Президента України, постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України, наказів та інших підзаконних нормативно-правових актів (положень, списків, інструкцій та ін.) Міністерств охорони здоров'я, освіти і науки, праці та соціальної політики України, підзаконних нормативно-правових актів інших центральних органів виконавчої влади.

Одним із провідних завдань при реформуванні сучасної правової системи України є приведення її у відповідність до європейських правових стандартів з метою входження до європейського правового простору в межах, насамперед, Ради Європи та Європейського Союзу.

Специфічною властивістю є те, що «державна політика постає як складний процес, в якому виділяються три аспекти: формування державної політики, прийняття стратегічних і оперативно-тактичних державно-політичних рішень та реалізація державної політики. При цьому на процес формування державної політики впливають не тільки органи державної влади, а й елементи громадянського суспільства, політичні партії, громадські організації, а також окремі громадяни».

У механізмі державної політики прийнято виділяти чотири частини: визначення належного суб'єкта формування державної політики та створення інституційної ієрархії (системи державних органів) державної політики; вироблення стратегічного курсу і прийняття державних концептуальних рішень; формування системи адміністративних засобів реалізації державних рішень; державний контроль

й арбітраж, забезпечення коригування та зворотного зв'язку з об'єктами державної політики.

Нами визначено загальні рівні й елементи для різних галузей соціальної сфери (освіти, охорони здоров'я, праці та соціальної політики), які безпосередньо здійснюють корекційно-реабілітаційну допомогу в Україні. Як на вищому рівні, так і на середньому, низькому та інституціональному йде розмежування у діяльності. Саме на цих рівнях й існує потреба у організації заходів щодо узгодження їх діяльності у плані надання допомоги дітям з психофізичними порушеннями. Незручність полягає у тому, що міжвідомче розмежування на середньому, низькому та інституціональному рівні стає перешкодою для якісної допомоги дітям.

У випадку запозичення досвіду країн Центральної та Східної Європи або ін. країн світу особливо важливо зрозуміти, що рішення, наприклад в освітньому секторі, приймаються на різних рівнях: як на центральному, так і на рівнях регіону і школи. Таким чином, поставивши за мету запозичити досвід, отриманий у певній країні, слід вивчити його комплексно з урахуванням особливостей політичного та соціально-економічного розвитку країни.

Необхідно зазначити, що державна політика у виробленні чинного законодавства України у соціальній сфері характеризується доволі високим рівнем систематизації, наявністю кодифікованих актів – Законів: про освіту, про охорону здоров'я, соціальний захист населення, реабілітацію інвалідів тощо та низки законодавчих актів, прийнятих на їх основі, розроблених на високому професійному рівні з урахуванням міжнародних вимог і прийнятих Верховною Радою України. Загалом воно придатне для визначення та реалізації багатосекторної комплексної державної політики у зазначеній сфері й забезпечення здійснення державного управління і регулювання цих відносин.

Законодавчі та підзаконні нормативно-правові акти щодо питань організації та здійснення управління у соціальній сфері ґрунтуються на засадах м'якого державного регулювання цих відносин шляхом встановлення правил поведінки їх учасників, умов ліцензування та акредитації, виділення відповідних квот і здійснення державного контролю.

З часу запровадження реєстрації актів законодавства в Міністерстві юстиції України впорядковано саму процедуру прийняття (затвердження) підзаконних нормативно-правових актів. До цього часу мало місце затвердження інструкцій, положень, списків, правил та інших актів міністерства різними посадовими особами шляхом їх простого підписання. Внаслідок правотворчої діяльності Міністерства юстиції України процес прийняття (затвердження) нормативних актів міністерства набув рис впорядкованості.

Місцеві органи управління охороною здоров'я, освіти і науки, праці та соціального захисту населення також розробляють і затверджують відповідні правила і норми, які мають місцевий (локальний) характер. Вони, як правило, ґрунтуються на відповідних примірних правилах і нормах, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. Отже, це надає можливість розробити низку цілеспрямованих дій з метою досягнення стратегічних цілей системи корекційно-реабілітаційної допомоги на рівні регіону та розробити систему управління нею.

На нашу думку, особливості управління соціальною сферою можуть бути обумовлені не тільки наявністю правового забезпечення, а й територіальним устроєм країни. Кожна країна має різну кількість та щільність населення та в залежності від цього – різний поділ на адміністративно-територіальні одиниці.

Децентралізація як принцип розвитку державного управління в Україні покладає на місцеві органи влади основну частину функцій по вирішенню соціальних проблем, включаючи завдання допомоги дітям з психофізичними порушеннями та особливими потребами. Як свідчить практика, в останні роки місцеві органи виконавчої влади беруть на себе відповідальність за рішення багатьох проблем дитини, в тому числі дійової, а не декларативної реалізації та захисту її прав. Але стратегія розвитку соціальної сфери насамперед пов'язана з особливостями соціально-економічних реалій не тільки на рівні кожної окремої країни, а й в кожного окремого регіону. Саме вони можуть впливати на якість корекційно-реабілітаційної допомоги.

В попередніх дослідженнях ми теоретично обґрунтували важливість розгляду корекційно-реабілітаційної роботи як самостійної системи, яка потребує управління; встановили базові поняття, пов'язані з процесами управління системою корекційно-реабілітаційної роботи. Це дозволяє безпосередньо перейти до вирішення науково-методичних питань пов'язаних з його реалізацією.

В. Афанасьєв визначає управління як свідомий, цілеспрямований вплив людей на суспільну систему в цілому або на її окремі ланки, який здійснюється на основі пізнання й використання об'єктивних закономірностей і тенденцій в інтересах його ефективного функціонування й розвитку. Стосовно корекційно-реабілітаційної допомоги слід зазначити, що для забезпечення її якості такий вплив повинен здійснюватись постійно, оскільки останнім часом науковцями розробляються все більше інноваційних підходів до роботи з особами з психофізичними порушеннями. Історичні факти довели неможливість відокремлення, розмежування за галузями допомоги особам з психофізичними порушеннями та особливими потребами. Тільки спільна співпраця та взаємодія в процесі надання допомоги надає можливість досягнути мети, яку ми ставимо в віддаленій перспективі – соціалізація особистості. Ця мета повинна реалізовуватись комплексно й включати в себе можливість працевлаштування, вміння почувати себе рівним у суспільстві та задоволення інших потреб особи з психофізичними порушеннями.

Взявши за основу положення сучасного менеджменту, систему корекційно-реабілітаційної допомоги ми розглядаємо із системних позицій як сукупність взаємозалежних елементів (підсистеми: охорони здоров'я, освіти, соціального захисту населення). Тобто як систему, що має наступні особливості: є відкритою системою, що може існувати лише при умові активної взаємодії із зовнішнім середовищем; є штучною системою, що створена людиною для досягнення певних цілей; є складною системою й містить у собі різні підсистеми: освіти, охорони здоров'я, праці та соціального захисту, які, в межах соціальної сфери, є з однієї сторони самостійними системами, з іншої – підсистемами в рамках системи корекційно-реабілітаційної допомоги; корекційно-реабілітаційній роботі як системі властивий принцип синергізму, який означає, що організаційні одиниці (або

підсистеми) найчастіше можуть діяти більш успішно, працюючи разом, ніж тоді, коли працюють окремо; корекційно-реабілітаційній роботі властивий процес соціальної ентропії - цей закономірний процес може привести до системного занепаду.

До найважливіших елементів організаційного механізму управління відносяться цілі, принципи, функції, методи управління, кадри, обладнання, технології, інформація й структури управління. Відсутність хоча б однієї з перерахованих елементів перетворює її з управлінської конструкції в погляд, унеможливорює досягнення поставленої мети. Якщо в такій системі хоча б один з елементів виявиться неефективним, то вплив недосконалості цього елемента буде зазнавати вся система. Таким чином, організаційний механізм управління системою корекційно-реабілітаційної роботи – це сукупність різноманітних механізмів, які покликані організувати ефективну допомогу особам з психофізичними та особливими потребами.

Система управління корекційно-реабілітаційною допомогою на рівні регіону повинна розглядатися як своєрідний організаційний механізм. Для кожного суб'єкта діяльності, незалежно від галузі, до якої він відноситься, (охорони здоров'я, соціального захисту), притаманні загальний процес управління (підпроцеси: прогнозування, планування, прийняття рішень, контролю й регулювання) ідентичний процесу управління в системі освіти; реалізація функцій: цілепокладання, аналіз, прогнозування, планування (прийняття рішень), організація виконання за допомогою оптимальних умов (сукупність способів, засобів, впливів), контроль (експертиза) і оцінка (діагностика) фактичних результатів, регулювання й корекція на основі аналізу інформації виконання запланованих рішень за фактом досягнення мети. У кожній функції управління, у свою чергу, у згорнутому вигляді, зменшеному за обсягом, циклічно проходять всі ті ж етапи, які можна визначити для даного рівня як підфункції; організаційна структура, підходи до добору кадрів, забезпечення матеріальної бази, відбір технологій, інформатизація обумовлені галузевими вимогами та стандартами.

В процесі проведення дослідження нами відзначено, що існує зростаюче протиріччя між потребами суспільства в ефективно діючій системі корекційно-реабілітаційної допомоги та відсутністю цілісної теорії її організації, ефективної технології та програмного забезпечення діяльності цієї системи, зокрема на рівні регіону. Проте, кожне протиріччя, яке виникає у практиці здійснення корекційно-реабілітаційної допомоги у контексті її реформування, потребує визначення шляхів його подолання, тобто розробки стратегії. Необхідно визначити стратегію розвитку управління системою корекційно-реабілітаційної допомоги, яка може розглядатися як складова стратегії соціально-економічного розвитку країни та, зокрема, кожного регіону.

Нами було визначено, що для реалізації нової стратегії необхідно визначити її мету, технологію (спосіб досягнення мети), ресурси (які необхідні для досягнення мети, відповідно обраної технології), систему управління (вона є невід'ємною складовою стратегії, здатною забезпечити досягнення поставленою мети). Стратегія розвитку системи корекційно-реабілітаційної допомоги для кожної області може мати як варіативну складову – оскільки спрямована на виконання державних стандартів, так і інваріантну – оскільки розробляється як складова стратегії соціально-економічного розвитку кожного регіону з врахуванням місцевих умов.

Необхідність подолання протиріч є однією з головних детермінант реформ. Кожне протиріччя, яке виникає у практиці здійснення корекційно-реабілітаційної допомоги у контексті її реформування, потребує визначення шляхів його подолання, тобто розробки стратегії. Враховуючи самостійність регіональних рішень, в кожній області України на основі виявлених протиріч (які останнім часом загострюються) слід визначити стратегію управління системою корекційно-реабілітаційної допомоги. В наступних публікаціях ми більш ґрунтовно зупинимося на науково-методичних основах управління системою корекційно-реабілітаційної допомоги на регіональному рівні.

Наступний, синергетичний аспект [396] управління системою соціалізації осіб з ПОРА забезпечує розгляд управлінських проблем у період змін, однією з визначальних ознак яких є нестабільність. Розвивальний аспект управління

ґрунтується на тлумаченні категорій розвитку з позицій діалектики. На відміну від інших галузей науки, синергетика вивчає системи, властивістю яких є самоорганізація. Формування синергетики як науки зумовлене відкриттям ефекту нелінійності, який полягає в тому, що досить малі зміни параметрів системи є чинником її якісних змін.

Останнім часом у науково-педагогічній літературі значна увага приділяється проблемі використання ідей синергетики в педагогіці, зокрема, у моделюванні та прогнозуванні розвитку освітніх систем, в управлінні педагогічним процесом (О. Князева, С. Курдюмов, А. Шевцов). На думку цих поважних науковців синергетичний аспект в управлінні актуалізується в умовах невизначеності. Педагогічний процес принципово відрізняється тим, що досягнення мети, крім об'єктивних чинників, багато в чому залежить від особистісних якостей, творчості, інтелекту, культурного потенціалу суб'єктів. На відміну від техніко-технологічних систем, у педагогічній системі є зворотній вплив того суб'єкта, яким управляють, на того, хто здійснює управління. Це є аргументом для переходу від авторитарного суб'єкт-об'єктного способу управління до соціально-психологічного суб'єкт-суб'єктного способу, який стимулює саморозвиток, актуалізує творчий потенціал.

Основні положення синергетики відображені в уявленні про нелінійність, стохастичність педагогічних закономірностей, особливості їхніх проявів у конкретних педагогічних ситуаціях, а також у залежності цих закономірностей від зовнішніх і внутрішніх умов педагогічного процесу. Синергетичний аспект в управлінні ґрунтується на визнанні індивідуальних особистісних цінностей. На такій основі можна підготувати керівника до діяльності в умовах нестабільності, невизначеності, свободи. Керівник має опанувати свободу вибору. Це відповідає потребам демократичного суспільства. Інший прояв синергетичного аспекту полягає в прагненні особистості до самоосвіти, самоорганізації, самоуправління.

З позиції сучасних поглядів синергетики (А. Шевцов, 2009) концепція розвитку визначається трьома принципами, а саме: системність, динамізм, самоорганізація. Системність ґрунтується на визнанні цілісності, структурної впорядкованості, взаємозалежності компонентів, які утворюють систему. Динамізм

зумовлюється неможливістю існування відкритих систем поза рухом і розвитком. Самоорганізація відкритих систем залежить від рівня складності системи, умов розвитку [391].

Згідно з різними концепціями розвиток особистості може відбуватися як саморозвиток, тобто зумовлюватися внутрішніми чинниками (Ж. Піаже), або детермінуватися зовнішніми, соціальними, чинниками (І. Павлов). Сучасне розуміння співвідношення між зовнішніми та внутрішніми чинниками розвитку особистості ґрунтується на ідеях досліджень Л. Виготського, О. Леонтьєва, С. Рубінштейна та їхніх послідовників. Використовуючи діалектичний метод у психологічних дослідженнях, вони довели взаємодію зовнішніх і внутрішніх чинників розвитку особистості. Зокрема, інтеріоризація зовнішніх впливів, на думку вчених, відбувається лише за наявності внутрішніх умов, до яких належать фізіологічні та психічні процеси.

Важливими для нашого дослідження є висновки К. Абульханової-Славської щодо суспільної значущості діяльності, згідно з якими розвиток особистості відбувається внаслідок активної участі в суспільних процесах, а не завдяки адаптивним формам поведінки. Соціальне є, таким чином, не якістю особистості, не її середовищем, сутнісною характеристикою розвитку, яка визначає можливості, межі, форми розвитку та типи протиріч, через які він здійснюється. Суспільство забезпечує умови для розвитку особистості. Ці суспільні умови не можна ототожнювати з середовищем, оточенням особистості, а, скоріше, слід розглядати як можливості розвитку. Чи реалізуються вони, залежить від самої особистості. Вплив суспільних умов розвитку здійснюється по соціальних, соціально-психологічних, особистісних каналах. Проте вплив суспільної свідомості на індивідуальну здійснюється не прямо, а опосередковано [7].

Таким чином, науково-теоретичний аналіз різних аспектів управління регіональною системою соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями дозволяє обґрунтувати її специфічні особливості, які виступають визначним теоретичним орієнтиром у її організаційній побудові: а) вирішальним фактором управління регіональною системою соціалізації дітей і молоді з ПОРА є її

інноваційна організація, яка ґрунтується на особистісній позиції спеціаліста у ставленні до особи з вадами в розвитку як суб'єкта психолого-педагогічної діяльності. Ця позиція полягає у перевазі статусу спеціаліста як помічника становлення та розвитку особистості клієнта, який поважає цю особистість незалежно від її можливостей; б) характер управління як усією системою соціалізації, так і управління конкретною педагогічною ситуацією трансформується від авторитарної в позицію демократичної взаємодії, співробітництва, допомоги; в) організація управління системою соціалізації осіб з ПОРА повинна включати в себе діагностику стану суб'єкта, планування та прийняття рішень, моніторинг і координацію діяльності, матеріально-технічне та методичне забезпечення психолого-педагогічної діяльності, підбір і підготовку кадрів. Треба співвідносити організацію корекційно-реабілітаційної діяльності з соціальною структурою суспільства, системою державного управління та конкретним соціумом (регіоном).

Подальше наукове обґрунтування та розробка проблеми управління регіональної системи комплексної реабілітації та соціалізації осіб ПОРА ми зв'язуємо з розвитком ідеї психолого-педагогічного проектування, який розуміється як спрямована дія на реабілітаційне середовище, що базується на уявленні про це середовище як цілісної системи.

Система комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА повною мірою відповідає цим особливостям психолого-педагогічного проектування, оскільки її важливим компонентом є особлива категорія осіб з різноманітними специфічними потребами та психологічними особливостями.

Управління процесом психолого-педагогічного проектування забезпечує принципи, які треба враховувати на всіх етапах створення та функціонування системи: 1) *принцип комплексного підходу*, тобто врахування змін соціальних умов, в особистості, що саморозвивається, що веде до появи нових закономірностей, які необхідно прийняти до уваги; 2) *принцип системного підходу* ми розуміємо як систему підходів до педагогічних процесів, жоден з яких не може претендувати на безумовну універсалізацію; 3) *принцип безперервності* підкреслює важливість організації етапів у проектуванні, обґрунтовує взаємозв'язок і взаємозалежність

попереднього етапу з подальшим. Це вимагає від проектувальника визначення цілей кожного етапу, забезпечення часткової його завершеності; 4) *принцип додатковості* пов'язаний з попереднім. Для того, щоб проект неодноразово аналізувався й удосконалювався, необхідне введення додаткових умов, які дозволяли б покращувати систему, виключивши з неї ті, що створюють перешкоди розвитку. Крім того, принцип додатковості дозволяє звернутися до інших систем (підсистем), більш розвинених і здатних привести до успіху; 5) *принцип оптимальності* не означає отримання максимального результату при мінімальних витратах, як в економічних системах, а має на увазі врахування пріоритетів у процесі проектування, визначення основної ланки на тому або іншому етапі, орієнтацію на кінцевий результат; 6) *принцип єдності діяльності й відносин* означає, що в процесі проектування слід орієнтуватися не тільки на оволодіння будь-яким видом діяльності, її компонентом, але й на види, що розглядаються в контексті педагогічних відносин. Причому вдосконалення особистості є головною метою проектування педагогічних відносин. У їх системі людина для іншої людини може виступати тільки метою, але ніколи - засобом; 7) *принцип різноманіття*: завжди враховується наявність іншого - відмінного від нас, у якого є свої інтереси, право на автономність, здатність наново вирішувати свою долю й без нас, зі своїми цінностями і внутрішнім світом; 8) *принцип нелінійного розвитку* педагогічних систем означає, що динамічність, різноманіття соціальних явищ не дозволяють строго окреслити всі грані й контури проекту. Завжди які-небудь підсистеми виринають вперед, інші відстають. Перехід від лінійного, наперед заданого розвитку до нелінійного і треба враховувати проектувальникові [373].

Вирішення практичних питань управління регіональною системою комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА здійснювалося нами відповідно до викладених вище теоретичних положень про сутність педагогічного проектування, що визначає діяльність управлінських кадрів як спрямовану на реалізацію соціальної мети та прогресивних ідей соціальної політики України в цілому з урахуванням регіональних особливостей розвитку.

Для практичної реалізації викладених вище теоретичних положень ми обрали програмно-цільовий підхід як один з найбільш ефективних шляхів удосконалення процесу управління регіональною системою соціалізації дітей і молоді з ПОРА. Завдяки обраному шляху ми намагалися забезпечити ефективне функціонування процесу управління регіональним реабілітаційним середовищем на підставі всебічного врахування закономірностей, принципів, сучасних форм і методів управління, а також специфічних регіональних умов корекційно-реабілітаційної діяльності та особливостей контингенту осіб з ПОРА.

Загальновідомо, що вибір будь-якого підходу до організації управління повинен базуватися на врахуванні всіх реальних умов, у нашому випадку - умов Луганської області. Основними факторами, які обумовили вибір саме програмно-цільового підходу до управління регіональною системою соціалізації осіб з ПОРА, були визначені нами такі: регіональна стратегія інноваційного пошуку в роботі з особами, які мають вади ОРА, та рівень професійної готовності управлінських кадрів різних рівнів (обласного, міського (районного), навчально-виховного та реабілітаційного закладу).

На підставі вищезазначеного нами були визначені шляхи реалізації програмно-цільового підходу до управління системою соціалізації осіб з ПОРА в умовах регіонального реабілітаційного середовища: комплексне планування роботи щодо комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з ПОРА на підставі відповідної регіональної програми; конкретизація завдань, змісту, форм, методів корекційно-реабілітаційної діяльності відповідно до обраної особистісно орієнтованої технології, рівня обмеження можливостей осіб і наявних умов їх реабілітації та соціальної адаптації в умовах регіонального реабілітаційного середовища; особистісно орієнтований та системний підхід до вибору раціональної структури та послідовності процесу - управління регіональною системою соціалізації осіб з ПОРА; вибір засобів оптимального поєднання управлінських дій і рішень різного рівня з урахуванням специфіки функціонування системи соціалізації осіб з ПОРА; створення необхідних нормативно-правових, матеріально-фінансових

та медико-психолого-педагогічних умов для ефективного здійснення управління суб'єктами регіонального реабілітаційного середовища.

Вибір кращих варіантів управління відбувався на підставі загальноприйнятих критеріїв управління: а) повнота складу управлінських дій, необхідних для забезпечення оптимального функціонування системи соціалізації осіб з ПОРА; б) скоординованість та узгодженість управлінських дій між собою за змістом та терміном виконання; в) реалістичність управлінських дій; г) адаптивність управлінських дій до змін за рахунок прогностичного контролю процесу функціонування регіонального реабілітаційного середовища для осіб з ПОРА за проміжними результатами.

Користуючись вказаними критеріями, нами було проведено аналіз практики управлінської діяльності в регіоні в цілому, а також у містах (районах) та навчально-виховних і реабілітаційних закладах. Це дозволило визначити найбільш характерні недоліки в управлінні системою соціалізації осіб з ПОРА в умовах регіонального реабілітаційного середовища.

Нами було визначено, що управління здійснювалося тільки в межах медико-педагогічного простору й було майже відсутнє в соціальному. Тому проблеми осіб з ПОРА розглядались як медичні, а не педагогічні, не було системності та цілеспрямованості в управлінських діях обласного, міського (районного) та інших рівнів. Скоординованість управлінських дій за змістом та терміном виконання була недостатня, тому системі управління бракувало мобільності, гнучкості, реалістичності і, як наслідок, - ефективності.

Згідно з обраним нами програмно-цільовим підходом до управління системою соціалізації осіб з ПОРА в умовах регіонального реабілітаційного середовища передбачались певні зміни у використанні на всіх рівнях чотирьох функцій управлінських дій: планування, організації, керівництва, контролю. Передусім це виявлялось в ознаках управління, потім у формах та змісті. Так, за першою ознакою управління (суб'єкти управлінської діяльності) наш підхід був орієнтований на вироблення управлінських рішень на підставі демократизму, тобто за участю всіх зацікавлених суб'єктів (організацій, фізичних та юридичних осіб). За другою

ознакою (цільовий характер управління) нами була обрана орієнтація на досягнення кінцевого результату управлінської діяльності. Третя ознака (за характером позицій) орієнтувала нас на реалізацію всієї сукупності нововведень експериментальної регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА. Відповідно до четвертої ознаки (тип реагування на зміни, які потребують рішень, що мають випереджальний характер) ми вважали, що управління системою соціалізації осіб з ПОРА буде більш ефективним, якщо управлінські рішення будуть розраховані на більш масштабні, але реальні цілі та своєчасно випереджають дію факторів, що заважають досягненню означених цілей.

Проаналізувавши вищезазначені позиції та положення відносно проектування програмно-цільового управління регіональною системою соціалізації осіб з ПОРА, ми обрали розвивальний варіант вирішення проблем інвалідів на рівні всього регіону. Це дозволило нам брати більш масштабні орієнтири в роботі, а також інтенсивно використовувати інноваційні форми та методи управління. Такий підхід привів нас до того, що завдання, зміст та методи планування, організації керівництва й контролю в нашій регіональній системі соціалізації осіб з ПОРА суттєво відрізнялись за наслідками відносно аналогічних управлінських дій традиційної системи вирішення проблем даного контингенту.

Оновлення стратегії планування містило в собі, додатково до переліку звичайних планів операційного характеру (щорічні, поточні на рівні області, міст (районів), навчально-виховних і реабілітаційних закладів), докладний план стратегічного характеру, розрахований на тривалий період (10 років) - це регіональна комплексна програма реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями. Мета цієї програми визначалася на підставі прогнозування результатів відповідно до загальнодержавних, національних інтересів та інтересів розвитку регіону з його специфічними природничо-географічними, соціально-економічними, демографічними характеристиками, а також з історичними та культурно-побутовими особливостями. Офіційне затвердження програми на рівні Луганської обласної державної адміністрації дозволило надати цьому стратегічному плану дій великої соціальної значущості,

підключити до його виконання поряд з освітніми та медичними закладами діяльність інших відомств, організацій, структур усіх зацікавлених юридичних та фізичних осіб, спонсорів, меценатів тощо.

Більш високий ранг було надано й оперативному плану дій за рахунок створення плану цільового призначення на виконання регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА. Такий план мав статус додатку до регіональної програми і теж затверджувався на рівні облдержадміністрації та виконував функцію центральної ланки планів операційного характеру всіх рівнів. До виконання плану були залучені міськ(рай)адміністрації, обласна, міські ради, Ради ректорів вищих навчальних закладів III-IV та I-II рівнів акредитації, Союз промисловців регіону, провідні державні та приватні підприємства, організації, громадські об'єднання, спілки тощо. Їх дії були інтегровані та скоординовані. Таким чином, виконання стратегічних та оперативних планів дій щодо соціалізації осіб з ПОРА стало справою піклування всіх і кожного в регіоні.

Виконання більшої частини пунктів плану покладалось на головні управління соціального захисту населення та освіти і науки Луганської облдержадміністрації. Тому їх щорічні плани роботи входили до обласного переліку планів операційного характеру й мали у своєму змісті багато принципово нового, зорієнтованого на створення регіонального корекційно-реабілітаційного середовища для осіб з обмеженими психофізичними можливостями, що забезпечувало спрямування планів на вирішення випереджальних завдань їх соціалізації: а) розробка інтегрально-диференціальної системи виявлення та персоніфікованого обліку осіб з ПОРА на усіх управлінських рівнях області; б) розробка та впровадження в роботу навчально-виховних, медичних та реабілітаційних закладів особистісно орієнтованої програми комплексної реабілітації та соціальної адаптації осіб з ПОРА; в) створення науково-методичної лабораторії діагностики і корекції психофізичного стану дітей і дорослих на базі інституту педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Основними напрямками в діяльності лабораторії стали:

1. Створення системи психолого-педагогічного супроводу осіб з обмеженими психофізичними можливостями та членів їх сімей.

2. Розробка та впровадження перспективних технологій та методик, вивчення досвіду роботи з дітьми і молоддю з обмеженими психофізичними можливостями, який ефективно впроваджується як в Україні, країнах СНД, так і в країнах далекого зарубіжжя.

3. Залучення наукового потенціалу та педагогів Луганської області до розв'язання проблем соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

4. Проведення досліджень з проблем комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями та подальше використання їх результатів у корекційно-реабілітаційній роботі.

5. Проектування та впровадження інноваційних технологій компетентісно орієнтованого, освітньо-реабілітаційного, корекційно-розвивального навчання і виховання.

6. Прогнозування, планування й організація процесу ефективної інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями в регіональний соціокультурний простір.

7. Розробка моделі персоніфікованого обліку осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

8. Розробка моделі інклюзивного навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітніх закладах.

9. Розробка й апробація перспективних моделей інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями в суспільство.

10. Розробка та експериментальна перевірка діагностичних методик формування життєво важливих компетентностей осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

11. Розробка нових і адаптація існуючих корекційно-розвивальних курсів і програм, підготовка посібників, методичних рекомендацій.

12. Розробка програм партнерства з різними групами громадськості, суб'єктами корекційно-реабілітаційного середовища.

13. Організація й проведення науково-методичних і практичних заходів щодо проблем соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

14. Розробка нових і адаптація існуючих корекційно-розвивальних технологій та програм для організації підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів.

Кадровий склад лабораторії формувався з науковців та викладачів кафедр вищих навчальних закладів регіону, методистів обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, працівників міськрайонних методичних та реабілітаційних центрів, фахівців спеціалізованих навчальних та реабілітаційних закладів, студентів-волонтерів.

У секторах лабораторії вирішувалися проблеми діагностики, навчання, виховання, профорієнтації, реабілітації та соціальної адаптації, моделювання й прогнозування. Основними завданнями секторів стали: А. Сектор діагностики та систематизації: удосконалення системи медико-психолого-педагогічної діагностики дітей з метою виявлення особливих потреб і створення індивідуальної комплексної програми їх корекції та реабілітації; апробація і впровадження діагностичних методик і технологій освітньо-реабілітаційної діяльності; організація психолого-педагогічної експертизи методів, новацій у галузі корекційно-реабілітаційної освіти регіону; вивчення та розповсюдження кращого досвіду щодо медико-психолого-педагогічної діагностики осіб з обмеженими психофізичними можливостями; надання консультативно-методичної допомоги районним (міським) відділам освіти та соціального захисту населення, методичним службам регіону, керівникам освітніх та реабілітаційних закладів з питань удосконалення системи діагностики.

Б. Сектор навчання, виховання та профорієнтації: проектування компетентісно орієнтованого навчально-виховного процесу з метою створення комфортного середовища для осіб з обмеженими психофізичними можливостями; експертна оцінка авторських навчальних програм, факультативів та корекційно-розвивальних спецкурсів; розробка та відпрацювання моделі допрофесійної підготовки та

професійної орієнтації осіб з обмеженими психофізичними можливостями; організація і проведення представницьких педагогічних заходів: творчих звітів, педагогічних виставок, науково-практичних конференцій.

В. Сектор реабілітації та соціальної адаптації: розробка та впровадження програм медичної, психолого-педагогічної реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями з урахуванням їх специфічних особливостей та опорою на наявний резерв компенсаторних можливостей і позитивних якостей кожної особистості; створення регіональної моделі інклюзивного навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітніх закладах; експертна перевірка дієвості та ефективності розроблених моделей; навчально-методичне консультування педагогічних працівників і керівників суб'єктів реабілітаційної діяльності.

Г. Сектор аналізу, прогнозування та моделювання: збір та узагальнення інформації від суб'єктів обласного корекційно-реабілітаційного середовища; здійснення моніторингу за процесом упровадження проектів щодо ефективності єдиної корекційно-реабілітаційної системи для осіб з обмеженими психофізичними можливостями; прогноз стану, тенденцій та перспектив розвитку та вдосконалення реабілітаційної системи; розробка методичних рекомендацій щодо покращення результативності роботи; просвітницько-пропагандистська робота щодо моделювання інноваційної системи підвищення кваліфікації спеціалістів, роботи з батьками.

Д. Сектор менеджменту: управління процесом впровадження інновацій (методик, технологій, проектів, програм); розробка нових підходів до підвищення педагогічної, психологічної культури та професійної компетентності управлінських та педагогічних кадрів.

На наш погляд, ситуація з програмним забезпеченням потребувала особливої уваги й корекції. Тому для вирішення зазначених проблем у складі лабораторії працювали творчі групи, які розробляли комплекти навчально-методичних посібників для підвищення ефективності корекційно-педагогічного процесу. За останні роки розроблено кілька авторських програм з організації корекційних

занять, самоосвітньої діяльності, логопедичної допомоги, понад 50 супроводжуваних методик і рекомендацій, спрямованих на формування адаптивної готовності дітей до інтеграції в суспільство.

Принципово по-новому здійснювалась і друга управлінська дія - «організація». Ці новоутворення відображені в побудові організаційної структури, де поєднуються традиційна, лінійно-функціональна оргструктура з рухливою матричною структурою управління. Нами, крім традиційних організаційно-управлінських структур, для організації роботи щодо соціалізації осіб з ПОРА використовувалися ще й «тимчасові» спеціально утворені додаткові структури та об'єднання. Такий підхід дозволив надати управлінській дії «організація» більшу гнучкість, мобільність і цілеспрямованість.

Перш за все, на обласному, міському (районному) рівнях нами були створені додаткові управлінські структури - Координаційні ради (далі Рада) з питань комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА. Рада стала основним колегіальним органом, що втілює в життя принципи державно-громадського управління, здійснює інноваційну політику щодо підтримки дітей і молоді з ПОРА, вирішує питання організаційного, дослідницького, методичного характеру, які пов'язані з діагностикою, реабілітацією та соціальною адаптацією даного контингенту.

За визначеними функціями Рада виконувала такі важливі ланки роботи:

- здійснювала аналіз стану соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями та розробляла основні напрямки її поліпшення, готувала рекомендації та пропозиції щодо підвищення її ефективності;
- прогнозувала подальше розгортання інноваційного процесу щодо діагностики, реабілітації, соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями, забезпечувала об'єднання зусиль та координацію роботи всіх суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності з цією категорією громадян;
- визначала цілі та загальні орієнтири регіональної програми соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями, розглядала питання, пов'язані з реалізацією рішень Ради щодо впровадження програми в діяльність суб'єктів корекційно-реабілітаційного процесу;

□ визначала перспективи розвитку мережі спеціальних, професійно-технічних, вищих навчальних закладів та реабілітаційних установ, які забезпечують допрофесійну та професійну підготовку осіб з обмеженими психофізичними можливостями; □ сприяла повноцінному функціонуванню системи підготовки та перепідготовки кадрів (медичних, педагогічних, психологічних, соціальних тощо) для роботи з особами, які мають різноманітні вади у стані здоров'я; □ спрямовувала науково-методичну роботу в області на розробку і впровадження особистісно орієнтованого підходу до реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями; □ визначала напрямки науково-методичних досліджень з метою розробки та видання інноваційних навчальних планів, програм, посібників, □ здійснювала експертизу цих матеріалів, організовувала впровадження в практику інноваційних технологій.

До складу Ради увійшли представники облдержадміністрації, міських (районних) рад та адміністрацій, Головного управління соціального захисту населення, Головного управління освіти і науки, інших обласних управлінь, обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, вищих навчальних закладів, спеціальних навчально-виховних закладів освіти, медичних та реабілітаційних закладів, громадських організацій, промислових та сільськогосподарських підприємств, творчих спілок, що працюють з особами, які мають вади розвитку. Склад Ради затверджувався розпорядженням Голови обласної державної адміністрації. Під безпосереднім керівництвом Ради працювали дослідницькі науково-методичні групи з проблем реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями, персональний склад яких затверджувався на засіданні Ради. Кількість груп та напрямки їхньої діяльності визначались головою Ради відповідно до актуальності проблем, які стояли перед Радою на конкретному етапі діяльності. Діяльність Ради здійснювалася згідно з річним планом роботи. Засідання Ради проводилося не менше одного разу на квартал. Усі питання вирішувалися на демократичній основі відкритим голосуванням і приймалися більшістю голосів.

Таким чином, обласна, міські (районні) координаційні ради інтегрували всю організаційну роботу. Відповідно змінювались і функції традиційних управлінських і методичних структур. Вони більше уваги приділяли організації практичної діяльності, координації горизонтальних зв'язків.

Особлива увага надавалася формуванню експериментальних майданчиків (дитячий комплекс №135, ЗОШ №45, ЗОШ №6, ПТУ-інтернат інвалідів м. Луганська, дитячий комплекс «дитячий садок-школа №6 у м. Ровеньки, відділення лабораторії на базах освітньо-реабілітаційних закладів системи Міністерства праці та соціальної політики і Міністерства освіти і науки України). На обласному рівні була організована робота творчих груп, які були об'єднані загальною ціллю щодо вирішення наступних завдань: удосконалення комплексної діагностики осіб з обмеженими психофізичними можливостями; навчання, виховання та профорієнтація дітей з особливими освітніми потребами; реабілітація та соціальна адаптація осіб з вадами психофізичного розвитку; розробка організаційно-технологічних основ медико-психолого-педагогічного моніторингу корекційно-реабілітаційного процесу; нормативно-теоретичне та методичне забезпечення соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

У містах і районах, а також у спеціальних навчально-виховних і реабілітаційних закладах обласного підпорядкування працювали робочі групи. При кафедрі дефектології та лабораторії діагностики і корекції психофізичного стану дітей і дорослих ЛНУ функціонував науковий аналітичний центр.

Організаційна структура нашої експериментальної роботи щодо комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА змінювалась відповідно до нових інноваційних завдань, що надавало їй ознак динамічної системи. Функціональні обов'язки й права суб'єктів управління теж змінювалися відповідно до нових завдань, а також при створенні нових структур тощо. Важливо відзначити, що така організація роботи дозволяла уникнути перевантаження суб'єктів корекційно-реабілітаційного процесу, особливо це стосується перших керівників організацій та закладів різного рівня, відповідальних фахівців. Це сприяло створенню

оптимального режиму функціонування регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА в умовах регіонального реабілітаційного середовища.

Алгоритм впровадження Програми управління суб'єктів корекційно-реабілітаційного процесу можна представити у вигляді схеми:

I. Участь адміністрації:

Проведення загальних організаційних заходів:

- Організація тематичних батьківських зборів.
- Організація методичних занять з вчителями.
- Організація медичних оглядів дітей спеціалістами: планових, позапланових для групи «діти з підозрою на порушення ОРА» (по поданню керівника закладу).

- Організація занять з корекції постави дітей в умовах ДНЗ за рекомендацією спеціаліста (спеціальна медична група).

- Організація збалансованого за макро- та мікроелементами харчування дітей в умовах закладу.

- Організація профілактики порушень постави засобами фізичного виховання

- в умовах закладу відповідно до Програми.

- Матеріально-технічне забезпечення закладу відповідно до Програми: тренажери «Похилена дошка», гімнастичні драбини, гумові амортизатори, гантелі, гімнастичні палиці;

- Організація інформаційних стендів з положеннями Програми, спеціально розробленими пам'ятками;

- Організація педагогічних рад з оцінки ефективності Програми.

Коректування навчального процесу за «Програмою»:

- Коригування викладання навчально-виховного процесу ДНЗ з наданням додаткової інформації щодо гігієни хребта, корекційної фізичної культури, правильного харчування відповідно до «Програми»;

- Коректування структури і змісту уроків фізкультури з впровадженням на кожному уроці фізичних вправ для розвантаження хребта і зміцнення м'язового корсету.

II. Участь вчителів, вихователів:

- Актуалізація серед батьків питання розповсюдженості порушень опорно-рухового апарату у дітей та їх наслідків;
- Актуалізація серед батьків необхідності збалансованого харчування дітей, адекватної рухової активності, зміцнення корсетних м'язів хребта відповідно до положень «Програми»;
- Участь у формуванні групи ризику «діти з підозрою на порушення ОРА» за даними батьків, вчителів та власних спостережень;
- Робота в групі відповідно до вимог ДСан-ПіН5.5.2.008-01 «Державні санітарні правила і норми по устаткуванню, утриманню загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу»;
- Робота з дітьми по профілактиці порушень постави відповідно до положень «Програми».

Коректування уроків фізкультури:

- Обов'язкове використання в ході уроку вправ для тренування м'язового корсету хребта і зв'язкового апарату стопи;
- Організація осьового розвантаження хребта після основної частини уроку;
- Завершення уроку ротаційною і релаксаційною групою вправ для профілактики зсувів структур хребта, відновлення тонуусу м'язів та їх гемодінаміки.
- Виявлення порушень постави в ході уроку фізкультури, керуючись пам'яткою по огляду дітей;

IV. Участь медичного персоналу:

- Участь у підготовці і проведенні тематичних уроків;

- Участь у розробці і впровадженні комплексів фізичних вправ для профілактики порушень ОРА для використання під час фізкультурних хвилинок, перерв, у групах продовженого дня;
- Участь у коректуванні уроку фізкультури;
- Підготовка матеріалів для інформаційних стендів з впровадження Програми;
- Тематичні зустрічі з батьками;
- Формування групи ризику «діти з підозрою на порушення ОРА» за інформацією вчителів початкових класів, класних керівників, вчителів фізичної культури, батьків і даними власних спостережень; надання інформації керівнику закладу для організації медичних оглядів дітей лікарем-ортопедом;
- Участь в реабілітації учнів з виявленими порушеннями постави згідно рекомендацій лікаря-ортопеда; Аналіз ефективності впровадження Програми та підготовка звіту про її результати для виступу на засіданні педагогічної ради школи

V. Участь батьків

- Проведення щомісячного огляду постави дитини. У випадку підозри на порушення постави дитини - інформування вчителя-вихователя для формування групи ризику «діти з підозрою на порушення ОРА»;
- При наявності порушення постави та за рекомендацією лікаря-ортопеда, ортопедагога забезпечення виконання дитиною вдома коректувальних вправ;
- Коригування стереотипу харчування дитини (забезпечення достатньої кількості молочних продуктів, свіжих овочів та фруктів, зернового хлібу, меду, горіхів; зведення до мінімуму продуктів з синтетичними харчовими добавками, які підсилюють смак (особливо E338 – ортофосфорна кислота));
- За рекомендацією лікаря коригування мінерально-вітамінного дефіциту фармпрепаратами;
- Забезпечення виконання дітьми ранкової гімнастики та гімнастики в режимі дня з використанням базового комплексу вправ, вправ для відновлення структур хребта наприкінці дня у разі відсутності порушень постави;

- Придбання, при можливості, тренажерів, гумового амортизатора, гантелей і організація тренувань дитини.

VI. Участь дітей

- Участь у профілактичних заходах відповідно до Програми;
- Набуття та застосування практичних навичок гігієни хребта, гігієни харчування.
- Використання вдома базових фізичних вправ, вправ на тренажерах, вправ з гантелями і вправ для відновлення структур хребта наприкінці дня.

Наступна управлінська дія «керівництво» в нашому експериментальному дослідженні теж мала багато особливостей. Метою керівництва ми вбачали в забезпеченні оптимального режиму функціонування створеної нами організації регіональної системи соціалізації осіб з ПОРА, у реалізації відповідних планів стратегічних дій. Нами були визначені три типи керівництва (розімкнуте, циклічне, змішане), які використовувалися з урахуванням позиції міст (районів) або спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладів щодо роботи з інвалідами, якості планування та організації.

Розімкнутий тип керівництва передбачав надання містам (районам), спеціальним закладам довіри та самостійності в роботі. Як правило, такі міста (райони), спеціальні заклади мали активну позицію в організації роботи з дітьми і молоддю, їхні стратегічні та операційні плани дій мали всю повноту управлінських дій.

Циклічний тип керівництва орієнтував нас на підготовку для міст (районів), спеціальних закладів більш деталізованої схеми введення в дію обласної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА, надання їм цільової організаційно-методичної допомоги, а також поетапного відслідкування процесу опанування цього напрямку роботи. Такий підхід ми використовували стосовно міст (районів), спеціальних закладів з пасивною позицією, недостатньо грамотно розробленими місцевими міні-програмами та зі слабкою повнотою управлінських дій.

Змішаний тип керівництва формувався з рівномірного використання замкнутого й циклічного типів, а також з урахуванням ситуацій, які складаються в управлінні. Цей підхід був адресований містам (районам), спеціальним закладам з нестійкою позицією відносно роботи з інвалідами, з недостатньою скоординованістю управлінських дій.

Розвиток обласної системи роботи щодо соціалізації осіб з ПОРА заклав передумови для неперервної освіти кадрів, формування їх готовності до роботи з такими особами.

Підвищення компетентності педагогічних кадрів з цієї проблеми здійснювалось відповідно до концепції спеціальної освіти. Протягом останніх років розроблено навчальні плани та програми підвищення кваліфікації для педагогів різних кваліфікаційних рівнів та факультативні спецкурси за вибором, що надавало педагогам можливість задовольняти професійні запити та потреби.

Четвертий вид управлінських дій «контроль» теж мав випереджаючий характер. Інтенсивність контролю була значно меншою, ніж з інших напрямків роботи. Контрольні перевірки були визначені значно рідше, а цільові орієнтири більш віддалені за часом. За змістом контроль спрямовували більше на виявлення тенденції, ніж на стан роботи. Оптимальна частота контролю була індивідуальною стосовно міст (районів), спеціальних закладів з урахуванням позицій у роботі з інвалідами.

Контроль завжди поєднувався з наданням оперативної організаційно-методичної допомоги об'єктам корекційно-реабілітаційного середовища: семінари - 36, консультації - 177, виїзди на місця - 24, інструктажі - 12.

Контроль включав такі види, як підготовка питань для розгляду обласною Координаційною Радою з питань комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА, на Колегії головного управління соціального захисту населення (за 6 експериментальних років - 12 разів), на нараді завідувачів рай(міськ)відділів освіти (8 разів), на нарадах директорів спеціальних навчально-виховних закладів обласного підпорядкування (12 разів); цільове вивчення стану справ (36 разів); перевірка (172); аналіз виконання планів роботи (12 разів) тощо.

На основі вивчення передового реабілітаційного досвіду створена нова форма оперативної мобільної роботи розповсюдження досвіду. Таке поєднання контролю й надання можливостей самореалізації значно зменшило кількість відхилень і помилок, підвищило результативність управлінської діяльності.

Основною властивістю й джерелом ефективного функціонування обласної системи соціалізації осіб з ПОРА є взаємодія її внутрішніх складників. Природно вплітаючись у корекційно-реабілітаційний процес загальноосвітніх та спеціальних закладів для дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями, вона виявлялась у зміні стану здоров'я інвалідів, процесу реабілітації та соціальної адаптації даного контингенту під впливом експериментальних умов.

Взаємодію ми розглядали як постійний показник ефективності й дієвості запропонованої моделі регіональної системи комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА. На її підставі у зміст роботи з інвалідами вносились певні корективи, урізноманітнювались засоби, види діяльності, програми та прийоми керівництва. Оскільки від характеру взаємодії внутрішніх складових регіональної моделі залежить її кінцевий результат і ступінь наближення до мети, ми не залишали поза увагою фактори, які плідно впливали на її досягнення. Дані про них фіксувались протягом усіх років експериментальної роботи. До них ми віднесли: розвиток загальної соціальної політики регіону, наявність концептуального спрямування, урахування регіональних особливостей, єдність і скоординованість дій усіх гілок влади регіону, наукову обґрунтованість стратегії і тактики, шляхів і засобів реалізації регіональної соціальної системи, методів і форм управління нею. Найважливішою умовою життєздатності експериментальної регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА виявилась її цілісність в усіх підсистемах, структурах і взаємозв'язках, а також концентрація духовних, інтелектуальних, економічних потенціалів у забезпеченні оптимальних темпів реалізації та корекції системи.

Вивчення результативності запропонованого нами програмно-цільового управління регіональною системою соціалізації осіб з ПОРА ми здійснювали на

підставі загальноприйнятих критеріїв управління (перелічені раніше) за трьома рівнями прояву показників: високий (3 бали), середній (2 бали), низький (1 бал).

Це дозволило нам скласти три рівні оптимальності управлінської діяльності взагалі: *високий* (2,4-3 бали); *середній* (1,8-2,4 бала); *низький* (1-1,8 бала).

На етапі діагностики тільки 11,35% міст (районів) та реабілітаційних закладів мали високий рівень управлінської діяльності. Запропонована нами на рівні області програмно-цільова система управління, а також відповідна загальна організаційно-методична робота дозволила поліпшити стан справ у цьому виді діяльності. До високого рівня управлінської діяльності на кінець експерименту піднялися 68,2% міст (районів) реабілітаційних та спеціальних закладів. Одержані дані ще раз переконують у тому, що більш активна позиція обласного рівня управлінської діяльності позитивно впливає на зміст і структуру цього виду діяльності в регіоні.

3.4. Регіональна модель підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів корекційно-реабілітаційної сфери

Істотні зміни, що відбуваються в Україні, розбудова української національної освіти передбачають суттєве поліпшення якості роботи педагогічних кадрів, відмову від усталених стереотипів, запровадження нового у педагогічну практику. Коли йдеться про навчання людей з особливими освітніми потребами то поліпшення якості роботи має подвоюватись. Успіх чи невдача залежить від рівня професійної майстерності педагогів та керівників навчально-реабілітаційних закладів. Важливо побудувати всю роботу так, щоб кожний викладач міг найбільш повно розкрити свої здібності і талант, набуті навички дослідницької діяльності, розвивати ініціативу та творчий пошук.

Завдання нинішньої освітянської реформи складне і глобальне: створити таку педагогічну систему, за якою кожна окрема людина отримала б невичерпні можливості для повної самореалізації закладених у ній покликань, здібностей та неповторного таланту. Кінцевим продуктом успішного функціонування такої

особистісно зорієнтованої педагогічної системи має стати хорошим фахівець та особистість, яка легко інтегрується у суспільство.

Специфіка роботи спеціалістів з особами, які мають обмежені психофізичні можливості в системі різних соціальних інститутів корекційно-реабілітаційної спрямованості, потребує необхідність їх постійного особистісно-професійного розвитку. Такий розвиток включає особистий досвід подолання труднощів, самостійне досягнення успішних індивідуальних результатів професійного зростання як фахівця.

Наявність педагогічних еталонів, норм, правил, яким повинна задовольняти особистісна й діяльнісна сторони особистісно-професійного розвитку реабілітологів, робить можливим його вимірювання. Проблема вимірювання особистісно-професійного розвитку пов'язана з проблемою визначення його критеріїв і рівнів.

Специфіка форм, методів і принципів роботи фахівця з корекційно-реабілітаційної роботи протягом всього процесу реабілітації, широке коло функціональних обов'язків цієї категорії фахівців, які в багатьох аспектах реабілітаційного процесу відіграють основну координуючу, консультативну та інформаційну роль між клієнтами, адміністрацією та обслуговуючим персоналом центрів реабілітації, свідчать, що в діяльності фахівців з реабілітації вага профілактичних, суто виховних, та організаторських функцій набагато більша, ніж завдань з безпосередньої практичної допомоги. Важливість покладених на них обов'язків, вимагає від фахівців ефективного володіння інноваційними технологіями реабілітації, опанування і впровадження в практику сучасних науково-обґрунтованих технік і методик, постійного підвищення професійного рівня.

Реалізаторами педагогічного впливу на осіб з ПОРА є лікарі, педагоги, психологи, члени сім'ї та спеціалісти реабілітаційних центрів, реабілітологи, соціальні працівники тощо. 3 серпня 1999 року Міністерство праці та соціальної політики України затвердило кваліфікаційні характеристики нових спеціальностей: «Вчитель-реабілітолог» та «Асистент вчителя-реабітолога», які були внесені до Державного класифікатора професій України.

Спеціальність вчителя-реабілітолога - комплексна, бо вимагає від спеціаліста різнопланових знань. Це, перш за все, глибоке знання загальної та спеціальної педагогіки дошкільного виховання, володіння відповідними сучасними методиками корекційного впливу, знання психології, анатомії та фізіології дитини, вміле поєднання у повсякденній роботі елементів фізіотерапевтичного впливу з проведенням логопедичної корекції та наданням психофізичної допомоги. Вчитель-реабілітолог повинен знати державні стандарти освіти і, залежно від проблем дитини, від ступеня її відхилень від нормального розвитку, вміти скласти та реалізувати індивідуальну програму реабілітації, залучаючи до цього процесу спеціалістів поглибленого впливу та сім'ю дитини з обмеженими можливостями здоров'я. Вчитель-реабілітолог бере участь у всіх ключових напрямках реабілітації. Зокрема, він бере активну участь у тестуванні, у складанні ІСП, визначенні ближніх та дальніх цілей, забезпечує участь батьків у реабілітаційному процесі, поєднує зусилля логопеда, психолога, невролога, педіатра, спеціаліста з фізичної реабілітації, музичного терапевта, спеціаліста з комп'ютерної справи тощо, обирає ефективні форми і методи реабілітаційної роботи. Вчитель-реабілітолог разом зі своїм асистентом проводить навчальні, виховні, соціально-адаптаційні, реабілітаційні, корекційні, компенсуючі та корегуючі заходи.

Важливою ділянкою роботи вчителя-реабілітолога є ведення психолого-педагогічних спостережень, вивчення і фіксація розвитку дітей, аналіз особливостей фізичних та інтелектуальних досягнень, визначення впливу реабілітаційного процесу на формування життєвої компетентності. Робота вчителя-реабілітолога має консолідуєчий характер, бо саме цей спеціаліст, його робота об'єднує зусилля декількох соціальних угруповань, які безпосередньо пов'язані з реабілітаційним процесом.

Різнобічна, глибока підготовка вчителя-реабілітолога, його досвід, здатність усвідомлювати і включати поради спеціалістів поглибленого впливу у повсякденну роботу, здатність при необхідності бути і психологом і логопедом, неврологом, і педагогом, здатність трансформувати інформацію і використовувати її у необхідному руслі забезпечує успіх роботи всієї команди.

У теорії і практиці педагогічної освіти існують загальні вимоги до виділення й обґрунтування критеріїв, які зводяться до того, що критерії повинні відображати основні закономірності формування особистості. За допомогою критеріїв повинні встановлюватися зв'язки між усіма компонентами досліджуваної системи, а якісні показники повинні виступати в єдності з кількісними.

Зважаючи на вказані вимоги, вважаємо за необхідне доповнити їх вимогами, що відображають специфіку особистісно-професійного розвитку реабілітологів. По-перше, критерії повинні бути розкриті через низку якісних ознак (показників), у міру прояву яких можна судити про більший або менший ступінь вираженості цього критерію; по-друге, критерії повинні відображати динаміку вимірюваної якості в часі й культурно-педагогічному просторі; по-третє, критерії повинні по можливості охоплювати основні види професійної діяльності спеціалістів [373].

Зміст критеріїв і показників особистісно-професійного розвитку фахівців з реабілітації, які здійснюють корекційно-реабілітаційну роботу з особами, які мають вади ОРА, повинні відображати ступінь розвитку їх особистості як суб'єктів діяльності, ступінь оволодіння професійним змістом і засобами вирішення професійних завдань.

Особистісні критерії та показники визначаються ступенем мотиваційно-ціннісного ставлення до професійної діяльності, рівнями розвитку професійно важливих якостей і Я-концепції. Ці критерії в визначаються ступенем залученості в процесі різних форм підвищення кваліфікації й перепідготовки наявних здібностей і можливостей особистості відповідно до досягнення оптимального рівня особистісно-професійного розвитку. Чим ближче мета, завдання, зміст і форми професійного навчання до професійної діяльності фахівця, тим повніше особистісне та професійне пізнання й самопізнання, розвиток і саморозвиток.

Діяльнісні критерії та показники особистісно-професійного розвитку реабілітологів характеризують рівень розвитку професійної компетентності у вирішенні системи професійних завдань у галузі організації корекційно-реабілітаційної роботи з особами, які мають вади в розвитку, з сім'ями таких осіб. Ці критерії визначаються рівнем професійних знань і ступенем сформованості

педагогічних умінь у галузі технології педагогічної діяльності з особами, які мають вади у психофізичному розвитку.

Соціальні критерії характеризуються ступенем професійної ідентичності особистості в умовах оновлення корекційно-реабілітаційного середовища, ухваленням особистісно-розвивальної парадигми психолого-педагогічного супроводу осіб з обмеженими психофізичними можливостями, реалізацією соціально значущих для суспільства цілей - утвердження в соціумі принципів гуманізму, моральності, добра.

Разом з виділенням трьох груп загальних критеріїв професійно-особистісного розвитку спеціалістів вважаємо доцільним виділення трьох системоутворюючих компонентів особистісно-професійного розвитку реабілітологів — регулюючого, такого, що стабілізує й перетворює. Кожний з цих компонентів може бути представлений через певні критерії. Ми виділяємо інтеграційні характеристики особистості, що включають показники професіоналізму діяльності й професіоналізму особистості фахівця з реабілітації (Табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Критерії та показники особистісно-професійного розвитку реабілітолога

Компонент особистісно-професійного розвитку	Критерій особистісно-професійного розвитку	Показники особистісно-професійного розвитку
1	2	3
Регулюючий	Критерій педагогічної спрямованості	1. Ступінь схильності до роботи з особами, які мають порушення ОРА. 2. Ступінь сформованості уявлень про корекційну діяльність. 3. Провідні мотиви: а) професійної діяльності: взаємодія з дітьми, з батьками; б) спеціально-професійної діяльності: інтеграція загально-педагогічного і спеціально-педагогічного напрямів діяльності.
	Критерій професійної ідентичності	1. Усвідомлення власного образу Я — професійне. 2. Позитивне самоставлення до себе як до майбутнього професіонала.

Стабілізуючий	Критерій професійної компетентності	1. Ступінь сформованості професійних знань. 2. Ступінь сформованості професійних умінь. 3. Успішність вирішення педагогічних завдань у процесі практичної діяльності.
	Критерій сформованості професійно важливих рис особистості	1. Соціально-педагогічні здібності. 2. Професійно важливі якості особистості. 3. Ступінь спрямованості соціально-професійної сфери на дитину з обмеженими можливостями. 4. Ступінь сформованості антропологічної культури.
Перетворюючий	Критерій сформованості індивідуально-творчого стилю діяльності	1. Переважаючі види активності (аналітико-інформаційна, координаційно-комунікативна, прогностична, профілактична, реабілітаційна, організаційна, соціально-правова підтримка, соціально-трудова підтримка. 2. Сформованість індивідуальної творчої технології. 3. Особливості розвитку якостей творчого мислення. 4. Задоволеність педагогічною працею.

Інтегральними критеріями особистісно-професійного розвитку, що характеризують професіоналізм особистості спеціаліста, на думку В.Тесленка, є професійна ідентичність і професійно важливі риси особистості, а інтегральними критеріями, що характеризують професіоналізм діяльності, виступають професійна компетентність і індивідуально-творчий стиль професійної діяльності.

Першим критерієм, який ми позначили як необхідний критерій особистісно-професійного розвитку реабілітолога, є професійна ідентичність. Виявляється він через сукупність таких показників: необхідний ступінь професійного центризму і стійкої професійно-ментальної позиції, параметрами якого є адаптивність (здібність до руйнування неадекватних професійних стереотипів, пов'язаних з традиційною парадигмою педагогічної діяльності з особами, що мають вади в розвитку), сформованість образу себе як професіонала.

Професійна ідентичність складається тільки на достатньо високих рівнях оволодіння професією й виступає як стійке узгодження основних елементів професійного процесу. Ідентичними можуть вважатися педагоги, які володіють як

стабілізуючою базою, так і перетворюючим потенціалом, у діяльності яких баланс стабілізуючих і перетворюючих компонентів відповідає оптимальному рівню цієї професії.

Наступним важливим критерієм особистісно-професійного розвитку реабілітолога є професійна компетентність. Аналіз сучасних підходів до професіоналізму педагогів дозволяє нам визначити, що педагогічна компетентність є рівневою освітою, припускає мотивацію професійного зростання педагогів. До складу педагогічної компетентності постійно включаються нові елементи професійної діяльності. Джерелом для цього виступають як особливості освітньої підготовки в університетах, введення державних освітніх стандартів вищої освіти, так і особливості тих або інших видів професійної діяльності. У нашому випадку йдеться про специфіку роботи реабілітолога з дітьми та молоддю, які мають обмеження у психофізичному розвитку.

В основу професійної компетентності реабілітолога входить придбаний синтез знань (психолого-педагогічних, спеціальних, самоосвітніх), умінь і навичок творчої педагогічної діяльності, що трансформується з потенційного в реальне, діяльнісний стан, що функціонує у вигляді способів діяльності, необхідних спеціалісту для проектування власної технології роботи з дітьми і дорослими, конструювання логіки педагогічного процесу, вирішення труднощів і проблем, що виникають.

Ступінь сформованості професійної компетентності реабілітолога тісно взаємозв'язана з рівнем розвитку професійно важливих рис особистості, що є наступним критерієм. До них ми відносимо ступінь сформованості антропологічної культури особистості; специфічні риси (емпатія, оптимізм, доброта, терпіння, уважність, самовладання); специфічну спрямованість пізнавальної сфери і спеціальних здібностей. Рівень розвитку антропологічної культури особистості педагога, у свою чергу, є інтерактивною якістю й виявляється через сукупність таких показників, як міра розвитку соціальної установки на пошану до людини, ставлення до людини як самоцінності, міри всіх речей; міра розвитку потреби в самореалізації й саморозвитку.

Наступним критерієм особистісно-професійного розвитку реабілітолога є ступінь сформованості індивідуально-творчого стилю професійної діяльності. Можна виділити такі показники індивідуально-творчого стилю професійної діяльності: наявність індивідуального концепту корекційно-реабілітаційної діяльності, індивідуально-творчої технології психолого-педагогічної діяльності як системи способів і ухвалення рішення педагогічних завдань, задоволеність педагогічною працею, рівень сформованості індивідуально-творчого стилю педагогічного спілкування й самоорганізації.

Визначаючи саме поняття індивідуально-творчого стилю професійної діяльності педагога, ми виходимо з того, що це сукупність індивідуально-особистісних параметрів, своєрідна композиція педагогічних поглядів, відчуттів, установок, індивідуальних образів реальності, що обумовлюють індивідуально-творчий підхід до вирішення педагогічних завдань, вибору й реалізації педагогічної технології [374].

Сформованість індивідуально-творчого стилю дозволяє більшою мірою задовольняти потреби особистості в самореалізації, оскільки відображає творчу індивідуальність спеціаліста, виконує не тільки адаптивну функцію, але й перетворювальну.

Системне й цілісне представлення особистісно-професійного розвитку реабілітолога, обґрунтування його компонентів, критеріїв, показників і рівнів є для нас необхідною теоретичною передумовою для дослідження процесуально-змістовних аспектів професійної перепідготовки й підвищення кваліфікації спеціалістів, що працюють з особами, які мають обмежені можливості розвитку здоров'я.

Подальше рішення завдання професійного розвитку реабілітологів у контексті їх підготовки до реалізації регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями ми зв'язуємо з компетентнісним підходом, запропонованим В. Тесленком (2007). Розробці теоретико-методологічних підстав підготовки майбутнього педагога, становлення його як компетентного професіонала присвячена значна кількість наукових праць

зарубіжних і вітчизняних учених. Аналіз досліджень, присвячених проблемі професійної компетентності педагога показує, що вони націлені на розробку основ формування педагогічної спрямованості, розвиток професійних і особистісних якостей педагога на організацію поетапного процесу самовиховання професійної компетентності, на встановлення кореляції між професійною готовністю й компетентністю. Спектр наукових досліджень проблеми професійної компетентності достатньо широкий, і накопиченого фонду наукових знань для нас цілком достатньо, щоб визначити свої теоретичні позиції.

Професійна компетентність педагога-реабілітолога - це інтегративна якість особистості, яка включає в себе готовність і здібність людини до здійснення педагогічної діяльності, яка потребує наявності певних знань, умінь і навичок, з одного боку, та професійно-особистісних якостей - з іншого.

Структурно-професійна компетентність - це сукупність ключової, базової та спеціальної компетентності. При цьому «ключові» - компетентності, необхідні для будь-якої професії, пов'язані з успіхом особистості у світі, який швидко змінюється. Вони проявляються в здібності вирішувати професійні завдання на основі використання: інформації; комунікації, у тому числі іноземною мовою; соціально-правових основ поведінки особистості в громадянському суспільстві. Базові компетентності відображають специфіку певної професійної діяльності (педагогічної, медичної, інженерної та ін.). Спеціальні компетентності відображають специфіку конкретної професійної діяльності» [301].

У межах нашого дослідження ми обрали форму комбінованої моделі, на основі якої відбувається процес формування спеціальної професійної компетентності реабілітологів, необхідної для здійснення корекційно-реабілітаційної роботи з особами, що мають вади ОРА.

Цільове призначення розробленої нами моделі — вдосконалення змісту та засобів організації неперервного післядипломного навчання фахівців різного профілю (перш за все педагогічних і соціальних) з метою формування спеціальної професійної компетентності, необхідної для здійснення процесу комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА з чітко сформульованими професійними

завданнями, до вирішення яких повинен бути готовий фахівець під час здійснення корекційно-реабілітаційної діяльності.

Спираючись на дослідження вчених, які аналізують різні технології професійно-педагогічної освіти (А. Капська, В. Курило, Л. Міщик, Л. Хоружа), зважаючи на те, що спеціальна професійна компетентність характеризує дієву, функціональну сторону професійної діяльності фахівців у процесі здійснення корекційно-реабілітаційної роботи, ми запровадили структурні компоненти змісту освіти (змістовний, операційно-процесуальний, особистісний) у сфері їх практичної діяльності й чітко окреслили зміст їх спеціальної професійної компетентності при виконанні функціональних, реабілітаційно-педагогічних завдань (Рис.3.2).

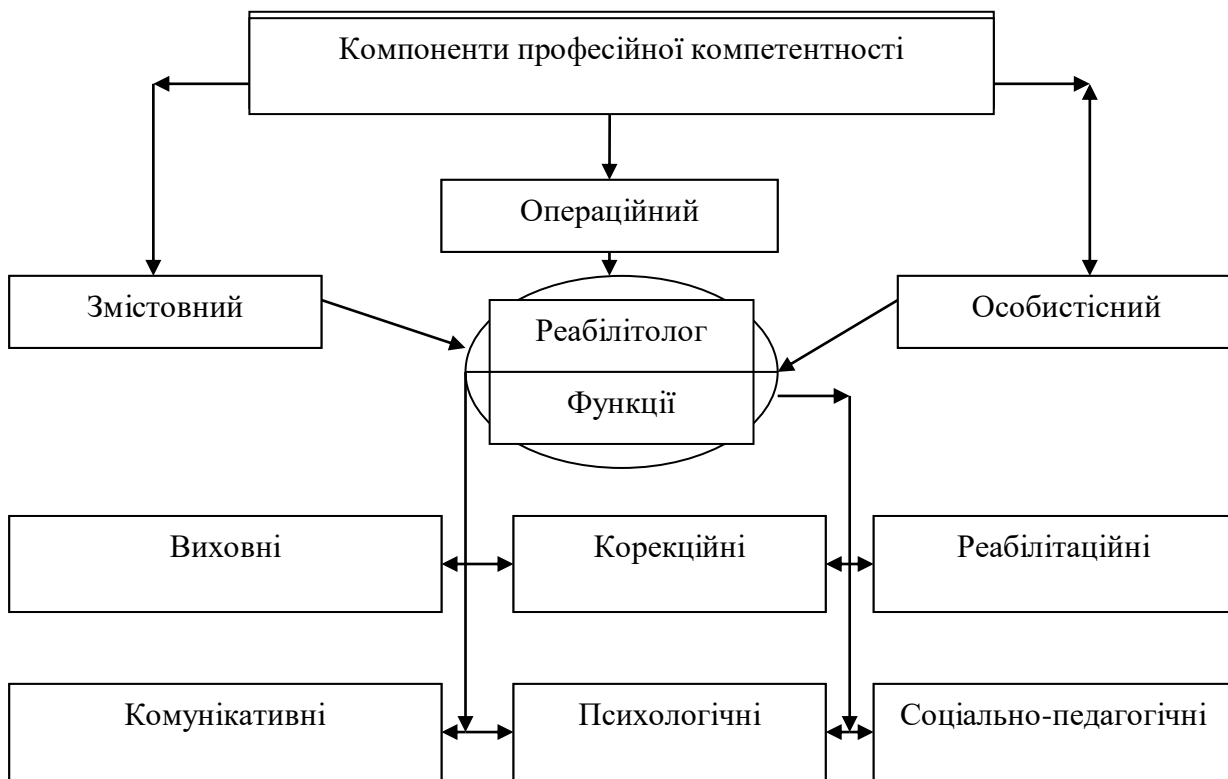


Рисунок 3.2. Зміст спеціальної професійної компетентності реабілітологів

Розробка моделі спеціальної професійної компетентності реабілітологів дала нам змогу виокремити сукупність типових корекційно-реабілітаційних завдань, які стали для нас підґрунтям для забезпечення ефективності реалізації спеціальних модулів навчання, а також для визначення необхідних науково-методичних і

організаційно-змістовних заходів формування в процесі неперервної післядипломної освіти спеціальної професійної компетентності спеціалістів.

Різні групи фахівців, які здійснювали корекційно-реабілітаційну роботу з дітьми і молоддю з ПОРА, мали різні потреби та запити відносно опанування змістом спеціальної компетентності. Тому нами була обрана модульна система навчання з максимальною диференціацією й індивідуалізацією.

Перш за все це стосується педагогів спеціальних навчально-виховних закладів для дітей з особливими освітніми потребами, які безпосередньо й постійно взаємодіють з дітьми протягом усього реабілітаційно-педагогічного процесу. Як правило, абсолютна більшість з них має спеціальну освіту (корекційну 70%); споріднену зі спеціальною — 20%; і тільки 10% фахівців мають педагогічну освіту, не споріднену зі спеціальною. Без педагогічної освіти до роботи в заклади цього типу фахівці не приймаються. Наявність дефектологічної та загальнопедагогічної освіти у фахівців цієї групи полегшує виконання завдання опанування ними змістом та технологією спеціальної професійної компетентності щодо здійснення корекційно-реабілітаційної діяльності.

З фундаментальних форм неперервної післядипломної освіти в першу чергу для цієї категорії використовувалась така, як підвищення кваліфікації. Різні види курсів передбачались для педагогів різних кваліфікаційних категорій: курси загальної підготовки для спеціалістів II категорії; тематичні - для спеціалістів I категорії; проблемні та авторські - для спеціалістів вищої категорії. 10% контингенту педагогів використовували таку форму, як спеціалізація на базі вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, 6% - перепідготовку, теж на базі вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. 74% педагогів пройшли стажування на базі передового педагогічного досвіду під керівництвом обласного інституту післядипломної педагогічної освіти.

Логічним продовженням двох спецкурсів став спеціальний практикум, де знання спеціальної та загальної етичної теорії закріплювалися й розвивалися в практиці розв'язання різних ситуацій реабілітаційно-педагогічного процесу. Провідною формою роботи на спецпрактикумі стали ділові ігри, виконання вправ,

вирішення педагогічних ситуацій, етичні практикуми тощо. У результаті спеціальний практикум допомагав педагогам тренуватися в прийнятті певних моральних рішень, які є інтелектуальним процесом здійснення вибору альтернативи вчинку, виходячи з конкретних етичних норм і цінностей, притаманних саме реабілітаційно-педагогічній роботі з дітьми і молоддю, які мають вади ОРА.

Експериментальна робота показала, що абсолютна більшість педагогів спеціальних навчально-виховних закладів без особливих проблем опановують спеціальну професійну компетентність щодо здійснення корекційно-реабілітаційної роботи з особами з ПОРА.

По-іншому була організована робота з педагогами загальноосвітніх навчальних закладів. Відносно першої підгрупи проводились перш за все цільові проблемні або тематичні курси (90% контингенту вчителів). По 5% контингенту вчителів, за їх бажанням та виробничою необхідністю, пройшли стажування або спеціалізацію на базі відповідних спеціальних навчально-виховних закладів обласного підпорядкування.

Практикувалося також проведення курсів на базі спеціальних закладів відповідного профілю. На курсах пріоритет у розподілі модулів був таким же, як і у педагогів спеціальних закладів. Але на провідну відмінність у роботі з педагогами цієї групи вплинуло те, що 70% з них не мали спеціальної корекційної освіти. Тому більше уваги приділялося і таким модулям, як комунікативний, психодидактичний, лінгвістичний. Педагогам цієї категорії надавалася допомога в подоланні морально-психологічних бар'єрів у спілкуванні, у засвоєнні спеціальної педагогічної техніки.

Ще більше відмінностей спостерігалось у роботі з педагогами загальноосвітніх шкіл, у класах яких присутні й діти з вадами розвитку. На звичайних курсах проводились комплексні спецсемінари. Пріоритет на семінарах віддавався реабілітаційно-виховному, комунікативному, психотехнічному модулям. Але основне навантаження в роботі з педагогами цієї групи покладалось на заходи міжкурсового характеру - консультації, семінари, інструктивно-методичні наради.

З педагогами позашкільних закладів проводилися цільові, постійно діючі семінари, організована робота творчих груп або шкіл передового досвіду. Серед

керівників спецгруп значна кількість таких, які не мають педагогічної освіти. Звідси більше уваги приділялося таким модулям, як дидактичний, психодидактичний, виховний, комунікативний. Змістовний блок включав відповідні знання про природу вад психофізичного розвитку та механізм їх реабілітації, акцентувалась увага на міждисциплінарному характері проблеми. Важливою складовою змісту системи підвищення кваліфікації кадрів стали дидактичні особливості навчання, реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями з пріоритетною спрямованістю на процес саморозвитку й самоосвіти.

Для працівників соціальних служб або громадських організацій з модулів на перше місце виходять такі, як комунікативний, лінгвістичний, культурно-просвітницький, виховний. Майже аналогічна за змістом робота відбувається й відносно тих фахівців, які працюють на виробництві та спостерігають за взаємодією інвалідів і їх сімей. Тим більше, що серед них основна маса не має педагогічної освіти. Тому більше уваги приділялося комунікативному, виховному та психотехнічному модулям.

Наступна складова моделі - **управління** процесом формування спеціальної професійної компетентності, яке, на нашу думку, має чотири фази: *організаційну* (вивчення нами якісного складу контингенту фахівців, ставлення фахівців до проблем спеціальної професійної компетентності, діагностування існуючого стану сформованості спеціальної компетентності в різних групах фахівців); *координаційну* (планування роботи на різних рівнях та узгодження цих планів,); *функціональну* (експериментальна робота); *поточного й підсумкового контролю* (моніторинг в процесі виявлення динаміки рівнів сформованості спеціальної професійної компетентності в усіх групах).

Нового бачення потребує також система методичної роботи з педагогами. Адже відомо, що людину формує передусім середовище, в якому вона знаходиться. Людина з обмеженими психофізичними можливостями зазнає впливу всіх фахівців багатопрофільної команди - тому методи їх роботи і спілкування мають бути бездоганними.

Найголовнішим та вагомішим у методичній роботі є надання реальної, діючої допомоги реабілітологам у розвитку їх майстерності щодо поєднання професійних знань, навичок і умінь та необхідних для сучасного педагога властивостей та якостей особистості.

Основними компонентами методичної роботи як цілісної системи є взаємодія людей – учасників методичної роботи (викладачі, методисти, майстри, слухачі, представники громадськості); цілі і задачі, зміст, організаційні форми, методи і засоби, умови підвищення кваліфікації спеціалістів; отримані під час роботи результати. Єдність і взаємозв'язок усіх компонентів системи методичної роботи в Центрі забезпечують підвищення цілісності, а відповідно і сприяють росту результативності методичної діяльності.

Сучасне розуміння суті методичної роботи в корекційно-реабілітаційній діяльності потребує широкого розгляду її функцій, які умовно можна розділити на три групи: 1) відносно конкретного педагога; 2) відносно педагогічного колективу; 3) відносно системи неперервної освіти.

Найважливіші принципи методичної роботи це:

1. Науковість методичної роботи. Налаштовує керівників методичної роботи на досягнення цілісності системи методичної роботи та на сприяння підвищенню кваліфікації педагогів, шляхом використання сучасних наукових досліджень у різних галузях.

2. Зв'язок з життям, актуальність. Вимагає врахування не лише глобальних проблем сучасності, але й проблем, які виникають у даному колективі.

3. Системність методичної роботи. Розглядає методичну роботу як цілісну систему, оптимальність якої залежить, насамперед, від визначення єдиної мети, задачі, змісту, форм і методів співпраці керівників методичної роботи та педагогів, а також від їх спрямованості на одержання високих результатів.

4. Комплексний характер методичної роботи. Передбачає єдність і взаємозв'язок усіх сторін, що приймають участь в методичній роботі, а також поєднання різних напрямків підвищення кваліфікації.

5. *Систематичність, послідовність, наступність, безперервність, масовість.* Дані принципи передбачають залучення педагогів до різних форм методичної роботи протягом усього навчального року та представлення методичної роботи як частини системи безперервної освіти.

6. *Конкретність методичної роботи.* Передбачає врахування особливостей роботи конкретного навчально-реабілітаційного закладу та диференційований підхід до спеціалістів.

7. *Єдність теорії і практики.* Спрямований на уникнення невідповідності між теорією та практичною стороною навчального процесу.

8. *Оперативність, гнучкість, мобільність методичної роботи.* Передбачає гнучке реагування на всі зміни та перебудову, в разі потреби, методичної роботи.

Основними завданнями методичної роботи є: організаційно-методичне забезпечення програм реабілітації; удосконалення змісту, форм і методів навчання слухачів, забезпечення можливостей проведення модульного навчання; розвиток педагогічної та професійної майстерності педагогічних працівників, їх загальної культури, створення мотивації та умов для професійного вдосконалення; інформаційне забезпечення педагогічних працівників щодо проблем освіти, педагогіки, психології; організаційно-методична допомога у розвитку педагогічної творчості, експериментально-дослідницькій роботі, впровадженні результатів наукових досліджень, передових педагогічних технологій; створення комплексно-методичного забезпечення предметів і професій, розробка та видання навчальних, методичних посібників, рекомендацій, наочних засобів навчання; забезпечення інтеграції навчального процесу, науки та практики; підготовка до атестації педагогічних працівників; організація підвищення кваліфікації педагогічних кадрів (курсозна підготовка).

Структура методичної роботи складається із взаємопов'язаних та взаємодіючих елементів, які відповідають цілям і завданням, що стоять перед навчально-реабілітаційним закладом та втілюються у різних формах, методах і засобах. Базовим у виборі форм методичної роботи є проведення методистами та адміністрацією моніторингів рівня професійної компетентності педагогічних

працівників. Ефективною є методична робота, побудована на основі діагностики, запитів та побажань членів педагогічного колективу.

Нами з метою визначення єдиного підходу до вирішення певних проблем, обговорення актуальних питань організації навчально-виховного процесу, аналізу результатів колективної діяльності, вивчення і поширення кращого педагогічного досвіду, науково-технічної та педагогічної інформації використовувалися такі колективні форми методичної роботи як: педагогічна рада, методичні комісії, інструктивно-методичні наради, теоретичні та практичні семінари, школи професійної майстерності та передового досвіду, науково-практичні конференції, педагогічні читання.

Робота педагогічної ради проводиться відповідно до плану, який складається, як правило, на календарний рік та затверджується на першому засіданні педагогічної ради. Нашими фахівцями було розроблено алгоритм підготовки проведення педрад, що забезпечує їх ефективність:

1. Визначення цілей та завдань педради.
2. Формування малої творчої групи педради.
3. Підбір літератури з питання, яке підлягає аналізу та підготовка первинного матеріалу силами малої творчої групи.
4. Обговорення первинного матеріалу розширеною творчою групою, коригування цілей та завдань.
5. Складання плану підготовки та проведення педради.
6. Оголошення усіх питань педради, плану проведення, літератури, графіків анкетування та графіків відкритих занять у десятиденний термін до проведення педради.
7. Розробка анкет та проведення анкетування слухачів, при необхідності також і викладачів.
8. Відвідування занять адміністрацією та проведення їх аналізу за певною схемою.
9. Відвідування занять провідними спеціалістами (керівниками методичних об'єднань) та проведення аналізу занять.

10. Обговорення та обробка цифрового матеріалу спочатку складом малої творчої групи.
11. Проведення відкритих занять згідно теми педради.
12. Проведення семінарів чи лекцій згідно тематики педради (лектором інституту вдосконалення вчителів або університету).
13. Обговорення питань педради на засіданнях творчих лабораторій (методичних об'єднань викладачів).
14. Проведення творчих майстерень викладачами-майстрами педагогічної праці.
15. Підготовка питань для роботи (обговорення) у малих групах до підсумкового засідання педради або під час його проведення.
16. Моделювання процесу обговорення цих питань керівниками малих творчих груп.
17. Підготовка конференційного залу та необхідних матеріальних засобів для проведення педради : паперу, фломастерів, плакатів, кодограм, мікрофона, музики тощо.
18. Залучення до роботи служби психологів: опитування слухачів; опитування родичів слухачів; підготовка роботи малих творчих груп; опитування головуючого на педраді.
19. Попередня робота з прес-центром (фахівці з верстки).
20. Підготовка проекту рішення педради.
21. Аналіз роботи педради.
22. Оформлення папки з матеріалами педради.
23. Формування наступних цілей та завдань.

Педагогічні ради проводилися нами також і не в традиційній формі: захист інновацій, рада-диспут, рада-конференція тощо.

Інструктивно-методичні наради проводяться з метою інформування педагогічних працівників, оперативного вивчення та обговорення нормативних актів, документів та окремих поточних питань, формування конкретних навчально-

виробничих та навчально-виховних завдань, а також поточного інструктажу педагогічних працівників

Проблемні семінари, семінари-практикуми, лекторії, школи передового досвіду організовувалися з метою поглибленого вивчення найбільш важливих питань навчально-виховного процесу, пропаганди та впровадження конкретного передового досвіду і проводяться диференційовано, залежно від поставлених завдань, складу педагогічних працівників, рівня їх професійної компетентності. У ряді випадків на семінарах проводяться дискусії, диспути, ділові ігри, що є школою набуття викладацького досвіду, творчої роботи.

Науково – практичні конференції – своєрідна форма підведення підсумків роботи закладу, окремих педагогів над актуальними методичними проблемами, виявлення й узагальнення кращого практичного досвіду. На науково-практичних конференціях та педагогічних читаннях обговорювалися актуальні педагогічні проблеми, система роботи кращих навчальних закладів та педагогічних працівників, заслуховувалися доповіді та інші матеріали з окремих питань педагогічної теорії та практики, підводилися підсумки та обговорювалися результати експериментальної та дослідницької роботи, яка здійснюється в реабілітаційному середовищі.

Індивідуальні форми (наставництво, консультації, самоосвіта та стажування) - це надання адресної практичної допомоги реабілітологу в реалізації програми професійного підвищення кваліфікації з врахуванням рівня його компетентності, потреб і зацікавленості. Індивідуальні форми методичної роботи пов'язані з особливістю закладу. У зв'язку з тим, що навчальний процес одночасно є і реабілітаційним, самоосвіта є обов'язковим елементом розвитку професійної компетентності педагогічних працівників, які вільно обирають форми, методи та засоби навчання.

Самоосвіта - це процес, який тісно пов'язаний з повсякденною індивідуальною діяльністю. Рушійною силою самоосвіти є суб'єктивне усвідомлення педагогом об'єктивної потреби в узагальненні та вдосконаленні своєї професійної діяльності. Практика показує, що потреби не завжди усвідомлюються педагогом та відповідають його запитам.

Організація самоосвіти спеціаліста залежить від рівня підготовки, мети вдосконалення його педагогічної майстерності, а також передбачає визначення проблеми, вибір раціональних форм та засобів усвідомлення матеріалу, опанування методики аналізу та способів узагальнення власного та колективного досвіду, залучення до методів дослідницького характеру.

Вирішальними для якості та ефективності самоосвіти педагогів є успіхи та досягнення в роботі, а також творча атмосфера в педагогічному колективі. Високі вимоги до якості навчання та виховання спонукають викладача вдосконалювати свою професійну майстерність.

Однак, самоосвіта не дає позитивних результатів, якщо вона ізольована від інших форм підвищення кваліфікації. Виникає необхідність взаємозв'язку самоосвіти з курсовою підготовкою та методичною роботою. З іншої точки зору, в умовах швидкоплинності інформації жодні курси та форми методичної роботи не дадуть бажаного ефекту без систематичної самоосвіти.

Аналітичний підхід до визначення функціональних обов'язків, делегування повноважень, розподілу робіт, побудови методичних систем та структур, встановлення терміну та вибору методів діяльності забезпечує ефективність функціонування організації.

Методична робота на поточний календарний рік планується на основі аналізу діяльності педагогічного колективу та оформляється у вигляді самостійного розділу річного плану роботи навчально-реабілітаційного закладу.

Підвищення ефективності методичної роботи обумовлене реалізацією таких напрямів: посиленням практичної спрямованості методичної роботи; спрямуванням методичної роботи на надання адресної та диференційованої допомоги кожному педагогу; структура методичної роботи повинна бути достатньо гнучкою; забезпечення кожного педагога достатньою інформацією.

Участь у методичній роботі є професійним обов'язком для всіх педагогічних працівників. Результативність методичної роботи враховується при проведенні атестації педагогічних працівників, а також є підставою для їх матеріального та морального заохочення.

25 червня 2010 року Луганським обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів та Луганським національним університетом імені Тараса Шевченка на науковій раді прийнято «Комплексну програму освіти та фахової підготовки студентів з інвалідністю в Луганському національному університеті імені Тараса Шевченка на 2010-2015 рр.».

Ідея Комплексної програми з'явилася вперше в Україні на Луганщині. Чільне місце в ній посідає й Управління освіти і науки: при визнанні профорієнтації учня по спеціальності від університету. В свою чергу ВНЗ навчає, а Центр зайнятості переймається працевлаштуванням учня. Тобто, проводиться комплексна фахова підготовка студентів з інвалідністю.

Основна ж мета цієї програми – створення сприятливих соціально-педагогічних, психологічних, соціально-економічних, організаційних та правових умов і гарантів для реалізації прав інвалідів на отримання вищої освіти у відповідності до інтелектуальних, психологічних та фізичних можливостей особистості.

Програма розрахована на період до 2015 року і має сформувати цілісне бачення необхідних дій задля покращення умов отримання вищої освіти людьми з обмеженими фізичними можливостями та їх фахової підготовки, їх соціалізації та інтеграції в суспільство.

Фонд соціального захисту інвалідів, його Луганське обласне відділення є основоположником ідеї щодо розробки цієї програми, і тому, відділення Фонду запропонувало таке нововведення для ЛНУ, адже в ньому навчається 191 особа з різними функціональними обмеженнями. Із них за нозологіями: по зору - 36; порушення опорно-рухового апарату - 23; інші захворювання - 130 осіб, в основному навчаються за напрямками «Корекційна освіта», «Дефектологія», «Здоров'я людини», «Спорт», «Соціальна робота», «Соціальна педагогіка»,

«Перукар», «Масаж», «Швачка», Оператор комп'ютерного набору» та інші. В ЛНУ імені Тараса Шевченка функціонують спеціальні групи для здобуття особами з вадами слуху і зору вищої освіти.

Принципами реалізації програми є пріоритетність інтеграції інваліда у соціальне середовище перед дезінтеграцією чи ізоляцією; єдність та комплексність організації роботи усіх структурних підрозділів університету щодо створення сприятливих умов для навчання студентів з особливими потребами; системність та безперервність під час індивідуальної роботи зі студентами з інвалідністю; відкритість під час взаємодії з державними організаціями; впровадження в практику роботи систему психологічної підтримки студентів-інвалідів.

Університет готує фахівців до роботи з людьми з особливими потребами в спеціальних закладах, реабілітаційних центрах, соціальних службах, масажних кабінетах, освітніх закладах охоплюючи усі категорії осіб із обмеженими фізичними можливостями.

Результатом цієї роботи стало здобуття гранту за програмою TEMPIUS «Навчання інвалідів у вищих навчальних закладах»; укладання договору з реабілітаційними центрами; участь у проектах за кошти Гранту Президента України «Розвиток місцевого самоврядування: організація інтегрованого навчання дітей з вадами опорно-рухового апарату»; створення при Інституті педагогіки корекційно-консультативної служби.

Ця програма є дуже важливою для ВНЗ, адже - це одна із найперших програм в Україні, яка закріплює основні гарантії інтегрованого суспільства: доступність, підготовка кадрів, дистанційне навчання тощо.

3.5. Соціалізація осіб з порушеннями ОРА засобами корекційної фізичної культури і спорту

Стало загально визнаним важливе значення фізичної культури в попередженні відхилень у фізичному розвитку й анатомо-фізіологічних порушень опорно-рухового апарату. Велика роль її у профілактиці та лікуванні неспецифічних захворювань дихальної системи, порушень обміну речовин, ряду розладів функції травлення та ін. Фізична культура є істотним фактором профілактики неврозів. Особливо важлива профілактична роль фізичної культури у період росту організму щодо попередження порушень постави і деформації хребта.

Для забезпечення успіху процесу реабілітації необхідно ширше використовувати такий метод, який характеризувався б одночасним впливом як на соматичну, так і психічну категорії особи хворого, на фізичний та психічний аспекти реабілітації, сприяв би підвищенню тонуусу і тренуваності усього організму, впевненості у поновленні своїх сил, удосконалював би руховий навик та нейрогуморальну регуляцію функцій основних систем, був би природним та біологічним (оскільки терапія, побудована на мобілізації природних сил організму, є найбільш дійовою). Методом, який відповідає цим вимогам, є корекційна фізична культура [380].

Корекційна фізична культура (КФК), тобто фізкультура, адаптована до особливостей людей з порушеннями в розвитку і обмеженими фізичними можливостями [64], яка розглядається спеціалістами як комплекс заходів, спрямованих на реабілітацію, та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями, подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають відчуттю повноцінного життя, а також свідомості необхідності свого особистого внеску в соціальний розвиток суспільства. Магістральним напрямом корекційної фізичної культури є формування рухової активності, як біологічного та соціального факторів впливу на організм і особистість людини. Пізнання сутності цього явища - методологічний фундамент корекційної фізичної культури.

У людини з відхиленнями у фізичному або психічному здоров'ї корекційна фізкультура формує: усвідомлене ставлення до своїх сил у порівнянні з силами середньостатистичного здорової людини; здатність до подолання не лише фізичних, а й психологічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінному життю; компенсаторні навички, тобто дозволяє використовувати функції різних систем і органів замість відсутніх або порушених; здатність до подолання необхідних для повноцінного функціонування в суспільстві фізичних навантажень; потребу бути здоровим і вести здоровий спосіб життя; усвідомлення необхідності свого особистого внеску в життя суспільства; бажання поліпшувати свої особистісні якості; прагнення до підвищення розумової та фізичної працездатності.

Суть методів КФК полягає в тому, що вони біологічні та адекватні для людини. Фізичні вправи, які використовуються, мають широкий спектр дії, оскільки вони впливають на всі ланки нервової системи, починаючи від клітин кори мозку і закінчуючи периферичним рецептором, а також ендокринними і гуморальними механізмами. Впливаючи на організм як на ціле, методи КФК цінні тим, що вони у своїй суті не локалістичні. Цим пояснюється успішність їх застосування при різних захворюваннях і травмах.

Саме активна участь особи з обмеженими психофізичними можливостями, єдність прояву її психічних та соматичних функцій є характерною рисою методу КФК і відрізняє його від усіх інших методів лікування та реабілітації. Активність суб'єкта реабілітації у процесі відновлення своїх сил зміцнює вплив центральної нервової системи, підвищує тонус усього організму та сприяє більш успішному забезпеченню процесу відновлення. В основі КФК лежить широке використання основної біологічної функції кожного живого організму — функції руху, яка для людини має важливе прикладне та соціальне значення. При цьому, терапевтичний успіх досягається не рухами взагалі, а фізичними вправами як організованою формою руху (гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові, трудові) [265].

Фізична культура є складовою частиною соціальних відношень між людьми, які утворюються на тих, або інших соціально-економічних засадах. Характер фізичної культури визначається її зв'язком з ідеологією та політикою, культурою,

мораллю та мистецтвом, наукою і технікою, освітою та вихованням членів громади. Допмагаючи збереженню й укріпленню здоров'я, фізична культура і спорт дають можливість підніматися людям до вершин фізичної, духовної та соціальної досконалості, формуючи образ життя окремо кожної людини та всього суспільства в цілому. Внаслідок глибоких соціально-економічних та політичних змін у нашій країні фізична культура і спорт перетворилися в глобальний культурно-соціальний феномен.

Багатолітня практика роботи вітчизняних і зарубіжних фахівців з інвалідами показує, що найбільш дієвим методом реабілітації даного контингенту є реабілітація засобами фізичної культури і спорту. Систематичні заняття не лише підвищують адаптацію інвалідів до життєвих умов, розширюють їх функціональні можливості, допомагаючи оздоровленню організму, але і сприяють координуванню в діяльності опорно-рухового апарату, серцево-судинної, дихальної систем, впливають на психіку інвалідів, мобілізують їх волю, повертають людям відчуття соціальної повноцінності.

Перед нами було поставлено надзвичайно важливе завдання щодо наукового обґрунтування системи фізичного виховання осіб з вадами ОРА, здатної забезпечити, в комплексі з іншими методами, їх професійну і соціальну реабілітацію. Ефективна методика локального використання уніфікованих фізичних навантажень дозволить також прискорити процес відновлення фонду життєво важливих умінь і навичок, необхідних у сфері повсякденної діяльності інвалідів.

Для успішного досягнення вказаної мети необхідно вирішити наступні завдання:

А. Загальні: зміцнення здоров'я, поліпшення фізичного розвитку, вдосконалення рухових здатностей, збільшення рівня пристосованості і опірності організму щодо факторів зовнішнього середовища, формування стійкого бажання і обізнаного відношення до виконання фізичних вправ;

Б. Корекційні: нормалізація рухової активності у відновленні м'язової сили, попередженні розвитку атрофії м'язів, профілактиці і лікуванні спастичності м'язів,

контрактур і деформацій кістково-суглобового апарату, виробленню здатності самостійного пересування і навичок побутового самообслуговування;

В. Спеціальні: створення стрункої системи оптимуму об'єму і режиму рухової активності, сприяючої розвитку компенсаторних механізмів в організмі осіб з порушеннями ОРА, відновленню здібності до маніпулятивних дій, що включають питання побутового і професійного навчання і перенавчання, необхідності і можливості соціально корисної трудової діяльності і збереження сім'ї за наявності стійкого обмеження здатності самостійного пересування; розробка нормативних вимог, що дозволяють оцінити рівень розвитку рухових здатностей інвалідів, форм, методів і засобів організації занять фізичними вправами, а також зразкового змісту і вимог щодо проведення цих занять з врахуванням індивідуальних здібностей осіб з ПОРА, рівня і ступеня ураження рухової активності.

Нами визначено, що процес фізичного виховання осіб з ПОРА може включати чотири взаємопов'язані розділи: 1) знання, 2) уміння, 3) вимоги до рухового режиму, 4) види випробувань і норми.

Організація занять фізичними вправами базується на системі методичних принципів. Ефективність фізичного виховання інвалідів залежить, в першу чергу, від того, наскільки свідомо і активно відносяться вони до занять фізичними вправами. Свідомість - один з найважливіших принципів фізичного виховання інвалідів. Він зобов'язує спеціаліста побудувати заняття так, щоб ті, що займаються могли б творчо освоювати запланований для них матеріал.

Комплекси фізичних вправ, рекомендовані інвалідам, мають бути доступними і відповідати їх фізичній і руховій підготовленості. Принцип доступності тісно зв'язаний з принципом послідовності вивчення тих або інших вправ. Порушення принципу доступності створює неправильний психологічний настрій. Майстерність фахівця полягає в тому, аби підібрати посильне цікаве завдання.

Наочність в процесі навчання забезпечується, в першу чергу, демонстрацією окремих вправ або техніки окремих елементів. Для цього необхідні зразковий показ фізичних вправ методистом, використання кінограм, малюнків, макетів, плакатів і других наочних посібників.

Пояснення стане по-справжньому образним і зможе викликати потрібні асоціації, якщо воно спиратиметься на життєвий досвід інвалідів. Майстерність фахівця в цьому випадку буде в умінні знайти схожі, знайомі інвалідам ознаки фізичних вправ з врахуванням їх рухового досвіду. Чим яскравіше, емоційніше будуть наведені ці асоціативні «мости», тим ефективніше освоюватиметься новий руховий матеріал. При вивченні комплексу вправ методист повинен розширювати свій діапазон порівнянь і наочних завдань. Така форма пояснення, як порівняння і зразковий показ фізичних вправ, найбільш адекватна для сприйняття інвалідами.

Формування рухових навичок у інвалідів відбувається відповідно до закономірностей умовно-рефлекторної діяльності. Відомо, що умовні рефлекси носять характер тимчасових зв'язків. Вони згасають або навіть зовсім зникають в тих випадках, коли не повторюються умови, що їх породжують. Тому всякі непередбачені перерви в заняттях, як і недостатнє дозування (повторність) вправ в кожному з них, небажані, оскільки ті, що займаються, втрачають вміння чітко виконувати окремі рухові дії, гірше погоджують їх, втрачають так зване м'язове відчуття простору і часу в умовах рухової діяльності.

Проте підготовка інвалідів не може бути зведена до хаотичного повторення різних вправ. Вона представляє складну систему взаємообумовлених засобів і методів навчання руховим якостям. Відповідно до цієї системи послідовність основних вправ повинна відповідати вирішенню конкретних завдань кожного з етапів рухової підготовки інвалідів, підбір і повторність вправ повинні відповідати закономірностям «перенесення» рухових навичок і фізичних якостей.

При систематичних заняттях інваліди досить ефективно освоюють навички, а також отримують оптимальну функціональну підготовку. Разом з поступовим ускладненням завдань від заняття до заняття збільшується і фізичне навантаження. Тому фахівець повинен регулювати фізичні навантаження зміною інтенсивності виконуваних вправ, темпу їх виконання, тривалістю відпочинку між вправами.

Весь процес фізичного виховання слід будувати так, щоб знання, рухові вміння і навички освоювалися ґрунтовно і міцно. Міцність окремих навиків грає важливу роль в подальшому вивченні нового типу рухової діяльності, коли

унаслідок ряду обставин недостатньо зміцнений навик розстроюється, виникають умови формування рухових помилок.

Використання фізичних навантажень різного змісту в профілактичних і корекційних цілях повинно будуватися на основі глибокого знання фахівцем функціонального стану нервово-м'язової системи інвалідів, знання закономірностей функціонування якої в умовах рухової діяльності забезпечить вживання оптимальних локальних і інтегральних фізичних навантажень.

Якісні зміни в організмі людини, досягнуті шляхом оптимального рівня дії сили фізичних навантажень різного змісту, локальної дії при формуванні фонду життєво важливих рухових умінь і навиків, розвитку його функціонального потенціалу в єдності, є основою для формування резервних можливостей. Через розвиток системи основних рухових якостей формується інтегральний ефект в досягненні функціонального резерву організму осіб з ПОРА.

Основними формами фізичного виховання дітей і молоді з ПОРА є самостійні заняття фізичними вправами (ранкова гігієнічна гімнастика, прогулянки, ближній туризм, корекційні заняття з використанням методичних матеріалів); організовані групові і секційні заняття фізичною культурою і спортом (ЛФК і корекційні заняття в лікувально-санаторних установах і реабілітаційних центрах, заняття доступними видами спорту в групах і секціях громадських фізкультурних організацій, виробнича гімнастика для осіб, зайнятих у сфері матеріального виробництва і служби побуту і ін.).

Фізична реабілітація дітей у центрах реабілітації включає заняття корекційною гімнастикою, масаж, вправи у воді, заняття адаптивною фізичною культурою і спортом, ігри. Корекційна гімнастика (КГ) проводиться протягом усього року, виключення складають змушені перерви, викликані сезонним захворюванням. Метою фізичної реабілітації підлітків є створення за допомогою корекційних фізичних вправ і спеціальних рухових режимів передумов для успішної побутової, трудової і соціальної адаптації до реальних умов життя, їх інтеграції в суспільство. До першої групи відносяться ті класичні завдання – це загальноосвітні, оздоровчі і виховні. Другу групу складають рухові корекційні завдання, які доцільно

розподілити на основні і допоміжні. До основних рухових корекційних завдань відносять поетапний руховий розвиток підлітків у тій послідовності, яка властива здоровим одноліткам.

Треба відмітити одну з найважливіших особливостей рухового розвитку підлітків. Вченими доведено, що руховий розвиток підлітків впливає на їх загальний розвиток зокрема, на формування мови, психіки, інтелекту, а також, у широкому розумінні, на їх поведінку. Тому виділяють ще спеціальні завдання: розвиток мови за допомогою рухів; звуконаслідування, звукове забарвлення рухів, рольові рухливі ігри зі звуковим вираженням, ритмізація рухової діяльності (поєднання ритму і рухів), дихання як складова частина звукоутворення, дрібна моторика та ін; формування в процесі фізичної реабілітації просторово-часових уявлень типу даліше-ближче, вище-нижче тощо; вивчення у процесі предметної діяльності різних властивостей матеріалів, а також призначень предметів; формування у процесі рухової діяльності різних видів мислення; керування емоційною сферою дитини, розвиток його морально-вольових якостей особистості, які здійснюються у процесі спеціальних рухових завдань, ігор, естафет, тощо.

Головною особливістю, яка виділяє КФК від усіх інших методів, є відома і активна участь інваліда у процесі занять фізичними вправами. Особа, яка знає для чого потрібно застосовувати фізичні вправи (мету), свідомо виконує призначені рухи, інколи зусиллям волі змушує себе перебороти просто лінощі чи неприємні відчуття, що можуть виникнути в процесі виконання вправ, особливо після операцій, травм, опіків. Разом з природними та гігієнічними чинниками вони складають педагогічний інструментарій фахівця з адаптивної фізичної культури. У фізичній реабілітації та адаптивній фізичній культурі фізичні вправи як рухові дії, використання яких повинно забезпечувати вирішення корекційних, компенсаторних, профілактичних, оздоровчих завдань при роботі з особами, які мають відхилення в стані здоров'я.

Вимушене положення тіла і недостатня м'язова активність знижують функціональні можливості організму інвалідів: уповільнюють швидкість реакції на зовнішні подразники, погіршують координацію рухових дій, знижують рівень

аналізу і синтезу центральної нервової системи, ослабляють діяльність серцево-судинної і дихальної систем. Це створює передумови для формування ряду негативних наслідків психогенного і функціонального характеру в умовах виробничої діяльності інвалідів. Одним з ефективних засобів профілактики виробничого стомлення є фізичні навантаження локальної і інтегральної дії на організм інвалідів. Програми занять необхідно міняти щомісячно. Регулярні заняття виробничою фізкультурою сприяють виробленню звички до систематичних занять фізичними вправами і створенню сприятливих умов для праці і збереження здоров'я інвалідів.

Самостійні заняття фізичними вправами в умовах побуту необхідно включати щодня в режимі рухової активності інвалідів. Протягом дня доцільно проводити 3-4 заняття тривалістю по 15-30 хв. В цілях підвищення ефективності фізичних вправ на функціональний розвиток організму і рівень фізичної підготовленості рекомендується використання в індивідуальних заняттях різних тренажерних систем, пристосувань і снарядів (гантелі, еластичні, гумові бинти, еспандери, блокові системи і ін.), що дозволить полегшити завдання нормування фізичних навантажень, створення програм локальної дії на окремі групи м'язів і системи організму.

Спеціальні корекційні заняття як основну ланку активної корекції включають до комплексу профілактичних заходів (режим, гімнастика, масаж, корекція поз, ортопедичних пристосувань, вправи на тренажерах і ін.), сприяючих повному або частковому усуненню анатомо-функціональної недостатності опорно-рухового апарату. Розрізняють корекцію активну і пасивну. Корекція ділиться також на загальну та спеціальну. Корекційні заняття проводяться, як правило, в спеціальних залах (під керівництвом інструкторів). Можливий також спосіб організації самостійних індивідуальних корекційних занять в умовах побуту під контролем лікаря, педагога, соціального працівника. Корекційні заняття необхідно включати в тижневий руховий режим щоденних занять по 15-30 хв.

Особливістю корекційної гімнастики при порушеннях функцій ОРА є виключення вправ, сприяючих розгойдуванню хребта (кільця, гімнастична стінка,

турнік, перекиди, сильні прогини вперед, назад, стрибки), а також заняття асиметричними видами спорту (теніс, фехтування, стрільба з лука, штовхання ядра і т. д.). Слід пам'ятати, що існують особливо небезпечні для хребта вправи. Наприклад, нахили тулуба вперед сприяють зміщенню дисків, розтягу м'язів паравертебральної зони попереку. Відомо, що активна функція цих м'язів припиняється після нахилу тулуба на 15-20 градусів; при подальшому нахилі відбувається розтягування-розрив фіброзних тканин попереку. Будь-які нахили вперед, як показали електроміографічні, клінічні та кінезіологічні дослідження, відбуваються при вимкненій поперековій мускулатурі.

Зв'язковий апарат хребта і капсули суглобів піддаються при цьому перерозтягуванню. Ця небезпека існує для хворих дітей зі слабким м'язовим корсетом в поперековій області: в момент розгинання тулуба попереку залишається малоактивним, розгинання здійснюються в основному за рахунок м'язів кульшового суглобу. Погано фіксовані хворі хребетні сегменти безперешкодно впливають на диски. Будь-які швидкі ривкові рухи можуть викликати в м'язах рефлекторний спазм або навіть мікротравму окремих волокон. Щоб цього уникнути, вправи слід виконувати в повільному темпі, плавно і спокійно, не допускаючи різких махових рухів з великою амплітудою.

Метою корекційної гімнастики має бути створення правильної постави та надійного м'язового корсету з цілеспрямованим розвитком глибоких, коротких м'язів спини для протистояння прогресуванню сколіозу. Крім цього, гімнастика сприяє підвищенню загального тону організму, вихованню волевих якостей, виробленню навичок активної самокорекції і поліпшенню функцій нервової, серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем.

Найефективнішими є вправи на похилій площині, типу профілактора Євмінова. На такій площині, поставленої під кутом 15-30 градусів, необхідно виконувати комплекс корекційних вправ багато разів на день (2-5 разів на день). Для профілактики сколіозу і при порушеннях постави комплекс оздоровчої гімнастики на похилій площині для збільшення сили м'язів, рухливості хребетного стовпа достатньо проводити щодня вранці, вдень або ввечері перед їжею або перед сном.

У комплекс потрібно включати пасивні та активні вправи на розтягування. Крім них, ефективним засобом в комплексі корекційних вправ є вправи для м'язів черевного преса. Збільшений внутрішньочеревний тиск передається на діафрагму грудного відділу та плечовий пояс. Воно бере на себе частину навантаження, знижуючи тиск на міжхребцеві диски.

При плануванні змісту занять з фізичної культури з дітьми дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату слід враховувати такі методичні положення: фізичні вправи повинні відповідати анатомо-фізіологічним можливостям дитини; необхідно поступово збільшувати фізичні навантаження, ускладнюючи рухи та їх дозування; слід виконувати вправи з різних вихідних положень (стоячи, сидячи, лежачи); навантажувати всі великі м'язові групи (плечовий пояс, живіт, спину, руки, ноги); застосовувати оптимальні способи організації малюків під час виконання фізичних вправ, не допускати тривалих статичних положень та чекання черги для виконання вправи; забезпечувати позитивні емоції в дітей під час виконання рухів та ігор; мова вихователя під час занять повинна бути виразною та емоційною, щоб привернути увагу малят та зацікавити їх вправами (вихователь одночасно розвиває в дітей розуміння мови, називає спортивні снаряди, напрям рухів, темп їх виконання та ін.).

Формування ігрових дій у дитини з порушенням опорно-рухового апарату сприяє вихованню позитивних моральних та вольових рис характеру, розвитку потреби самостійно брати участь у рухливих іграх, привчання дитини виконувати правила гри, допомагати одне одному. Розвиває організованість і самостійність, наполегливість, почуття товарищескості і взаємодопомоги. В ігровій діяльності під час фізкультурних свят та днів здоров'я удосконалюються набуті вміння і навички, засвоюється набутий руховий досвід в умовах емоційного спілкування з однолітками, проявляється творчість у різноманітній ігровій діяльності.

Прогулянки, ближній туризм - форми фізичного виховання, що не вимагають тривалої підготовки і використання складного устаткування і пристосувань. Прогулянки включають в щоденний руховий режим на всіх етапах реабілітації.

Термін прогулянок залежить від температури довкілля, функціонального стану інвалідів, можливості використання цього виду самостійних занять.

Одним з ефективних засобів фізичного виховання інвалідів є використання в корекційних цілях тренажерів комплексної і локальної дії. Аналіз результатів дослідження з позиції єдності рухового і функціонального структурних компонентів в цілісній біодинамічній системі рухової дії дозволить сформулювати ряд педагогічних положень, що відображають провідні закономірності коректувального ефекту рухової сфери інвалідів шляхом вживання індивідуально дозованих навантажень різної спрямованості і потужності з використанням тренажерів і тренажерних систем. Основу цих положень складає принцип диференціально-інтегральних оптимумів (В. Григоренко, О. Глоба, 1989) вживання фізичних навантажень, що значно поширює діапазон фонду життєво важливих умінь і навичок, підвищує функціональні можливості організму інвалідів.

Інваспорт (організація і проведення змагань за доступними видами спорту). Особливо високий гуманістичний потенціал має фізкультура й так званий «спорт для всіх», тобто різноманітні форми спортивних змагань і рухової активності людини, що мають на меті зміцнення здоров'я, організацію відпочинку, розваг, спілкування з іншими людьми і т.п. У цьому різновиді людської діяльності, що набуває все більшої популярності в усіх країнах світу серед різних груп населення, закладено величезні можливості для позитивного впливу не тільки на здоров'я та фізичні здібності, але й на духовний світ, культуру людини – на її світовідчуття, моральні принципи, естетичні смаки і т.п.[63].

Багато вчених відзначають, що спорт вищих досягнень відіграє значну роль у пізнанні закономірностей функціонування та розвитку людського організму, дозволяє розкрити можливості фізичного вдосконалення людини, виявити межу цього вдосконалення на основі використання певних засобів. Він здійснює також важливу виховну функцію: ставить людину в екстремальні ситуації, вимагаючи максимального вияву як фізичних, так і духовних сил, випробовує силу, волю, інтелект, творчі здібності, моральність, культуру людини. Спорт вищих досягнень виступає однією з специфічних сфер самореалізації й самоствердження особистості,

має величезні інтегральні та комунікативні можливості. як яскраве й унікальне видовище, що привертає до себе увагу мільйонів вболювальників і глядачів [86].

Участь у спортивних заняттях сприяє виникненню почуття спільності, товаришкості, співпраці й належності до колективу. Спорт може стати ефективним засобом зменшення «соціальної дистанції» між людьми, подолання ізоляції, оскільки сприяє розвитку дружніх стосунків. У спорті порівняно легко долаються так звані мовні бар'єри: його «мова» інтернаціональна. Вона зрозуміла всім і тому сприяє налагодженню взаєморозуміння й співпраці між людьми різних національностей, віросповідань та ідеологічних поглядів.

Створення клубів спілкування і центрів реабілітації для дітей, молоді, які мають функціональні обмеження, видається в наш час справою особливо актуальною і важливою в рамках комплексного підходу до вирішення проблем інтеграції інвалідів в сучасне суспільство. Безпомилково можна стверджувати, що ця справа йде назустріч гострому соціальному запиту цілої групи населення, яка, не маючи достатньої матеріальної та соціальної підтримки держави при обмежених хворобою власних можливостях, має нагальну потребу почуватися людиною в цивілізовану суспільстві, тобто мати можливість культурного і духовного розвитку та самоствердження. члена суспільства.

Нормативно-правова база, а саме: Укази Президента України «Про розвиток та підтримку паролімпійського руху в Україні» від 08.11.2001 р. №1059, «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» від 01.06.2005р. № 900/2005, «Про підготовку та участь спортсменів України в Олімпійських, Паралімпійських, Дефлімпійських іграх, Всесвітніх Універсіадах, чемпіонатах світу та Європи» від 19.07.2005 р. №1113, «Про заходи щодо фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів та підтримки паролімпійського і дефлімпійського руху в Україні» від 06.04.2006 р. №290, «Про національний план дій щодо реалізації державної політики у сфері фізичної культури і спорту» від 02.08. 2006 р. №667, постанова Кабінету Міністрів від 15.11.06 №1594 «Про затвердження Державної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2007-2011 роки» та Постанови Верховної

Ради України від 17.11.2006 р. №372-V «Про інформацію Кабінету Міністрів України щодо діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування з розвитку фізичної культури і спорту» дозволила Українському та регіональним центрам «Інваспорт» залучити до занять різними формами фізкультурно-реабілітаційної роботи в Україні біля 60 тисяч інвалідів з вадами слуху, вадами зору, ураженнями опорно-рухового апарату, наслідками ДЦП, вадами розумового і фізичного розвитку, серед яких культивується 31 вид спорту, в тому числі серед інвалідів з вадами слуху - 25, вадами зору - 17, ураженнями опорно-рухового апарату - 25, вадами розумового і фізичного розвитку - 20.

Разом з тим фізкультурно-спортивна діяльність сприяє інтеграції інваліда у суспільному житті, спочатку в колі сім'ї та друзів, а в ряді випадків і у відповідній його здібностям професії. Фізична культура і спорт дозволяють інваліду бути залученим до соціальних контактів з іншими людьми. Систематичні тренувальні заняття, участь в змаганнях не тільки підвищують адаптацію інвалідів до умов життя, які змінилися, розширюють їх функціональні можливості, допомагають оздоровленню організму, але й сприяють виробленню координації в діяльності опорно-рухового апарату, кардіореспіраторної, травної систем і системи виділення, сприятливо діють на психіку інвалідів, мобілізують їх волю на боротьбу з хворобою, повертають людям почуття соціальної повноцінності.

Сьогодні, на жаль, практично відсутні узагальнюючі інформаційні джерела щодо спорту інвалідів як складової міжнародного олімпійського руху, не виявлено, за аналогією з олімпійським спортом, періодів його розвитку, не визначено особливостей формування програм Ігор інвалідів, не узагальнено основних нозологічно орієнтованих завдань, дидактичних та організаційних особливостей інваспорту, його соціалізуючого та інтегруючого значення тощо.

Першим кроком спорту інвалідів в Україні стали «Слов'янські спортивні ігри інвалідів» (1988-1990рр.), які були організовані нашою науковою групою на базі санаторію «Слов'янський» (м. Слов'янськ Донецької області) під керівництвом доктора педагогічних наук, професора Б. Сермеєва та доктора педагогічних наук, професора В. Григоренка.

У змаганнях з 11-ти видів спорту прийняли участь спортсмени-інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату з України, Росії, Білорусі, Литви. Досвід організації та проведення змагань у Слов'янську було використано під час підготовки та проведення Перших Всесоюзних спортивних ігор інвалідів (Аталанта, Литва, 1989р.), на яких наукове керівництво здійснювали представники саме Слов'янської наукової школи.

«Слов'янські ігри», у яких за 3 роки взяли участь понад 1000 учасників, дали поштовх щодо бурхливого розвитку фізкультурно-оздоровчого та спортивного руху інвалідів у СРСР: один за одним у країні стали з'являтися фізкультурно-спортивні клуби громадських організацій інвалідів; спортсмени-інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, які перемагали у Слов'янських іграх, увійшли до складів збірних команд своїх республік, а потім і країн СНД.

Саме слов'янською науковою групою (В. Григоренко, О. Глоба, С. Віцько, Ю. Любезнов, В. Пристинський, А. Трададюк та ін.) організовано (одними з перших на теренах СРСР) проведення наукових досліджень з метою розробки спеціальних навчальних програм підготовки фахівців з фізичного виховання і спорту для реабілітаційної та спортивної роботи з інвалідами різних нозологій; активізовано наукові дослідження у галузі корекційного фізичного виховання осіб з обмеженими психофізичними можливостями та спорту інвалідів (нині - адаптивна фізична культура і спорт); підготовку та випуск наукових статей, посібників та підручників з названої тематики [64].

Оздоровча дія спортивних вправ пов'язана із систематичними та істотними за обсягом та інтенсивністю навантаженнями, що ставить підвищені вимоги до фізіологічних систем організму інвалідів. Проте, багато інвалідів не знають своїх можливостей. а об'єктивна лікарська оцінка функціонального стану та функціональних можливостей принципово відрізняється від значно заниженої самооцінки інваліда. Суб'єктивна оцінка важкості власного стану - фактор, що впливає на трудову та суспільну активність інваліда. Тому, вимоги до професійної підготованості тренерів та спортивних лікарів, які працюють з цим контингентом

спортсменів, до знання ними психічних основ спортивної діяльності, етичних норм стосунків спортсмена-інваліда, тренера та лікаря значно підвищуються.

Можливості для регулярної спортивної діяльності інвалідів різноманітні. Важливо, щоб інваліди якомога раніше були зацікавлені у активній співпраці з тренером і зрозуміли, що під впливом регулярних тренувань у них можуть відбутися значні позитивні функціональні зміни та покращання спортивних результатів. На жаль, досвід показує, що після закінчення стаціонарного лікування інваліди часто відмовляються від виконання цілеспрямованих фізичних вправ і занять спортом, з огляду на відсутність належної уваги і контролю з боку лікарів, педагогів тощо. Наслідком цього є явища, що характеризуються згасанням прагнення інвалідів до відновлення, підвищення працездатності через те, що вони ще недостатньо підготовані до самостійного регулярного тренування, їм не вистачає атмосфери групи, в якій займалися раніше, вони не знають або не мають місця, де їм тепер можна займатися фізичними вправами або спортом в організованому порядку. Тому на етапі відновлення і соціальної реабілітації особливо важливими стають заходи, які вимагають співпраці органів охорони здоров'я та спортивних організацій.

Доцільність використання саме спорту, а не лікувальної фізичної культури чи занять фізичними вправами, має три основних положення:

- психологічний вплив спортивних ігор і змагань полегшує компенсацію фізичних, психічних, соціальних змін особистості інваліда, нормалізуючи його соціальну значимість, підвищуючи психоемоційну стійкість в умовах стресу;
- дозоване застосування підвищених фізичних навантажень при заняттях спортом виявляє резервні можливості організму, прискорюючи процеси реадaptaції;
- підвищення комунікативної активності, соціальна підтримка в умовах змагань має велике значення як у сімейно-побутовій сфері, так і в процесі підготовки до трудової діяльності.

Крім того, застосування систематичних навантажень сприяє розвитку компенсаторних механізмів, відновленню здатності до маніпулятивних дій, що включає побутове і професійне навчання і перенавчання, необхідність і можливість соціально корисної трудової діяльності і збереження родини при наявності стійкого

обмеження здатності самостійно пересуватися. Професійна діяльність і соціальна активність інвалідів у значній мірі визначається фізичним станом і функціональними можливостями організму. Тому, заходи з фізичної реабілітації є дуже важливими як для самого інваліда і його родини, так і для суспільства в цілому через те, що ефективна спортивно-оздоровча робота безпосередньо пов'язана з економічною рентабельністю, підвищенням працездатності, зменшенням захворювань, активізацією суспільної та професійної діяльності інвалідів.

«Спорт інвалідів» - форма психофізичної діяльності інвалідів в рамках багатолітньої фізичної реабілітації та соціальної адаптації, що забезпечує прояви індивідуальної обдарованості, задоволення інтелектуальних і естетичних потреб у сфері міжособових стосунків, розвиток високого рівня життєздатності їх організму, на основі якого досягається високий спортивний результат, що дозволяє спорту бути афективним засобом інтенсивної соціальної і фізичної реабілітації.

«Спортивна підготовка інвалідів» - педагогічний процес, спрямований на визначення спортивної придатності, розвиток основних і спеціальних рухових здібностей, вдосконалення фонду життєво важливих рухових навичок і вмінь, на основі яких формується техніка рухів, розвиток морально-вольової сфери з врахуванням характеру змагальницької практики, тактична і інтелектуальна підготовленість як найважливіша умова ефективності навчально-тренувального процесу.

На основі педагогічних закономірностей спортивної підготовки інвалідів в навчально-тренувальному процесі реалізується наступна система цілей (В. Григоренко, О. Глоба, 1991) : а) загальна фізична підготовка; б) спеціальна рухова підготовка; в) технічна підготовка; г) морально-вольова підготовка; д) інтелектуальна і тактична підготовка.

Принципове питання організації спортивної підготовки осіб з ПОРА - визначення їх спортивної придатності, при якій були б реалізовані наступні можливості: а) інтерес до систематичних занять, адекватному виду спорту і його використання в збільшенні якості й об'єму результатів фізичної реабілітації як багатолітнього явища; б) можливість значно удосконалити фонд життєво важливих

навичок і вмінь, сформувати компенсаторні механізми на основі характеру побутової, професійної та реабілітаційної практики; в) значно підвищити рівень функціональних можливостей організму, сформувати високий рівень його резистентності; г) задовольнити в досить повній мірі інтелектуальні, етичні та естетичні потреби, на основі яких можливе стійке залучення дітей і молоді з ПОРА до адаптивної фізичної культури і спорту, до здорового способу життя; д) використовувати спортивну підготовку як найважливіший фактор професійної фізичної культури осіб з ПОРА.

Навчально-тренувальний процес і змагальницька діяльність осіб з вадами ОРА мають бути організовані на основі спортивно-медичної класифікації спортсменів-інвалідів. До змісту навчально-тренувального процесу покладені принципи спортивної підготовки, які адаптовані до специфіки психофізіологічного стану осіб даної категорії: спрямованість до максимуму досягнень; поглиблена спеціалізація і індивідуалізація; єдність загальної і спеціальної підготовки; безперервність навчально-тренувального процесу; взаємозв'язок поступовості і тенденції до адекватних психофізичних навантажень; хвилеподібність динаміки фізичних навантажень; циклічність навчально-тренувального процесу.

В умовах педагогічних досліджень провідних параметрів спортивної підготовки осіб з ПОРА були отримані результати, які свідчать про те, що при певній їх адаптації вони активно співпрацюють зі спеціалістами з адаптивної фізичної культури та досягають значних успіхів завдяки використанню принципу диференційно-інтегральних оптимумів. В той же час, принципи спортивної підготовки стосовно осіб з ПОРА набувають специфічні ознаки, які обумовлені особливостями якісного стану рухової сфери і психофізіологічними можливостями інвалідів. Необхідно уточнити, що в спорті осіб з ПОРА провідною метою, яка досягається на основі загальних і спеціальних принципів спортивної підготовки, є фізична і соціальна реабілітація, що дозволяє таким людям зруйнувати феномен відчуження, комплекс несправоможності.

Вивчення досвіду сучасної практики спортивної підготовки осіб з ПОРА, накопиченого експериментального матеріалу, результатів автоексперименту, а

також досягнень вітчизняної спортивної науки дозволило нам сформулювати ряд принципових цільових установок, якими необхідно керуватися при реалізації багатолітньої спортивної підготовки дітей і молоді з вадами ОРА, як педагогічної системи.

Цільова спрямованість системи педагогічних чинників спортивної підготовки осіб з ПОРА на розвиток максимальних резервних можливостей, що складають основу високого спортивного результату, дозволяє забезпечити високий рівень адекватності фізичних навантажень, методів, форм і умов спортивної підготовки на основі об'єктивного обліку не лише вікових, статевих, рухових особливостей, але і реалізувати одну з провідних вимог, яка повинна відповідати його підготовленості на різних етапах багатолітньої навчально-тренувальної діяльності. Рівень підготовленості може забезпечити позитивний ефект лише за умови неперервності (правило компенсації і закон кумулятивного ефекту). Дана установка обумовлює необхідність вдосконалення у осіб з ПОРА фонду життєво важливих рухових навичок, вмінь, формування компенсаторних механізмів, на основі яких уможлиблюється становлення і вдосконалення техніки, створення міцного фундаменту загальної і спеціальної підготовки, яка на перших етапах систематичних занять спортом формує у них обізнане відношення до напружених фізичних навантажень, без яких не можливо досягнення адекватного тренувального ефекту.

У зв'язку з викладеним, при організації спортивної підготовки необхідно враховувати не лише індивідуальні вікові і статеві особливості осіб з ПОРА, але і ті, які формуються у сфері спорту інвалідів, що розвивається. Такий підхід дозволить визначити систему найбільш значущих педагогічних чинників, яким необхідно відводити домінуючі положення в процесі багатолітньої спортивної підготовки осіб з ПОРА з адекватних їх можливостям видів спорту.

Орієнтація на установку цільової спрямованості на розвиток максимального, але адекватного рівня резервних можливостей організму осіб з ПОРА дозволить тренеру-реабілітологу оперативно вносити необхідні корективи до змісту навчально-тренувального процесу, нормативних і програмних вимог. При такому підході в практиці спортивної підготовки осіб з ПОРА стає можливим забезпечити

спадкоємність тренувальних і змагальних навантажень, засобів і методів навчально-тренувальної дії при переході від одного рівня спортивного результату до більш високого. Необхідно також відзначити ще один важливий практичний аспект цільової спрямованості системи педагогічних факторів спортивної підготовки осіб з ПОРА на розвиток максимальних резервних можливостей, оскільки на основі цієї установки спеціаліст обирає систему показників, характерних для етапу спортивного вдосконалення, як систему модельних характеристик, за допомогою яких можливо оцінити динаміку розвитку специфічних параметрів навчально-тренувального процесу.

Ефект утилізації якостей залежно від вікових, статевих особливостей осіб з ПОРА і стану їх рухової активності безпосередньо пов'язаний з практичними основами індивідуалізації навчально-тренувального процесу інвалідів з адекватних їх можливостям видів спорту. Увага тренера-реабілітолога має бути спрямована на визначення того, як спортсмен-інвалід реалізує свої рухові можливості на рівні утилізації комплексу рухових здібностей. Процес утилізації рухових здібностей в практиці спортивної підготовки при виконанні змагальницьких вправ реалізується як два взаємопов'язаних методичних процеси, оскільки через оптимальність методичних умов досягається якість формування рухової функціональної системи, режим функціонування якої визначає ступені в досягненні запланованого спортивного результату або підготовленості до нього. Такий підхід надзвичайно важливий, оскільки спеціаліст адресує дію педагогічних чинників спортивної підготовки до організму інвалідів. У зв'язку з цим, розвиток рухових здібностей і їх утилізація повинні здійснюватися на основі спеціального принципу фізичної реабілітації - принципу диференційно-інтегральних оптимумів (В. Григоренко, О. Глоба, 1991р.).

Таким чином, формування техніки вправ у осіб з ПОРА здійснюється на основі збережених механізмів, наповнення їх оптимальним функціональним потенціалом різного характеру і через становлення і вдосконалення рухової функціональної системи в практичних умовах діяльності реалізується як оптимальний результат. Педагогічною проблемою сучасної спортивної підготовки

осіб з ПОРА є найбільш точне використання індивідуальних можливостей спортсменів-інвалідів в діапазоні показових, характерних для тієї чи іншої класифікаційної групи. У зв'язку з цим, навчально-тренувальний процес має бути реалізований так, щоб стати гарантом виходу спортсменів-інвалідів на ті рубежі спортивної майстерності, які адекватні їх морфологічним і психофізіологічним можливостям в багатолітньому циклі спортивної підготовки.

Дана цільова установка передбачає, що ефект утилізації якостей залежно від вікових, статевих особливостей осіб з ПОРА і стану їх рухової сфери слід розуміти як вимогу досить продуктивної реалізації наявного рівня розвитку рухових здібностей або інтегральної підготовленості спортсменів-інвалідів до змагань, що забезпечує високий рівень резистентності їх організму на шляху фізичного вдосконалення.

На основі установки щодо відповідності розвитку основних рухових можливостей в структурі рухової функціональної системи осіб з ПОРА спеціаліст визначає оптимальне співвідношення рівнів розвитку сили, швидкісно-силових здібностей, гнучкості, спритності і витривалості в структурі рухової функціональної системи, складовій інтегральної підготовленості спортсменів-інвалідів на кожному етапі багатолітньої спортивної підготовки. Відповідність розвитку рухових здібностей визначається індивідуальними, віковими, статевими, психофізіологічними особливостями інвалідів, рівня їх функціональної і технічної підготовленості, досвідом систематичних занять спортом і спортивною кваліфікацією. Дана установка в системі спортивної підготовки осіб з ПОРА має принципове значення, оскільки на її основі тренер-реабілітолог повинен співвідносити міру розвитку різних рухових здібностей, яка об'єктивно корисна для спортивного вдосконалення конкретного спортсмена. В цій установці ми знаходимо реальні передумови оптимізації навчально-тренувального процесу. Оптимальне співвідношення рівнів розвитку рухових здібностей забезпечує можливість вживання широкого діапазону продуктивної м'язової працездатності в різних зонах потужності, служить базою, на основі якої удосконалюється рухова функціональна система, потенціал якої забезпечує спортивний результат або підготовленість до нього.

Концепція рухової функціональної системи дозволяє зрозуміти логіку і практичну значущість даної установки. З позицій системного підходу рухові здатності людини є сукупністю морфологічних і психофізіологічних параметрів його організму, які в рамках рухової функціональної системи на практиці реалізуються як вміння долати труднощі, виконувати великий об'єм м'язової роботи в мінімальний термін, ефективно вирішувати рухові ситуації в непередбачених умовах, зберігати високий рівень фізичної працездатності тривалий час і протистояти стомленню.

У зв'язку з викладеним, у спортивній підготовці осіб з ПОРА, як багатолітньому педагогічному явищі, необхідно уникати ранньої вузької спеціалізації. Лише за умови достатньо високого рівня розвитку повної системи основних рухових здібностей, що забезпечують підвищення функціональних можливостей організму на всіх рівнях його організації, можливо ефективне формування рухової функціональної системи через технічну і спеціальну підготовку до змагальницької діяльності.

Провідні теоретичні положення, сформульовані відомими українськими педагогами (В. Григоренко, Б. Сермеєв) стали методологічною основою розробки теоретичних і практичних основ визначення спортивної придатності осіб з ПОРА, для яких визначення адекватного виду спорту має первинне значення, оскільки через систематичні заняття вони можуть досягти високого рівня фізичної та соціальної реабілітації.

У зв'язку з цим, під час визначення спортивної придатності осіб з ПОРА необхідно керуватися наступними правилами: враховувати, що спортивні здібності цього контингенту, по-перше, залежать від спадковості ознак, які сформовані раніше; по-друге, від якісного стану рухової сфери і рівня компенсаторного забезпечення діяльності; по-третє, в процесі фізичної реабілітації, починаючи з гострого періоду, необхідно готувати їх до вибору адекватного виду спорту як засобу інтенсивної реабілітації; реабілітолог повинен знати і реалізувати на практиці положення про те, що роль спадково обумовлених ознак, стан і функціональний потенціал рухової сфери організму інвалідів розгортаються повною мірою в умовах

високих рухових навантажень; питання спортивного прогнозування уточнюються в процесі навчально-тренувальних занять. У зв'язку з цим визначення спортивної придатності повинно здійснюватися за комплексною програмою, включаючою педагогічні, медико-біологічні, імунологічні, психологічні і соціологічні методи дослідження.

Базовою формою організації реабілітаційних і тренувальних занять фізичними вправами з дітьми і молоддю з ПОРА є індивідуальні та малогрупові (3-5 осіб) корекційні заняття адаптивною фізичною культурою – це педагогічна форма, що історично склалася в практиці КФК, яка дозволяє з високою мірою ефективності вирішувати завдання в області фізичної реабілітації осіб з вадами ОРА.

У практиці фізичної реабілітації та спортивної підготовки дітей і молоді з ПОРА можна визначити два типи занять: а) заняття, які забезпечують загальну фізичну підготовку інвалідів; б) спеціальні заняття, спрямовані переважно на удосконалення фізичної, технічної і тактичної підготовки.

Обидва типи занять спортивної підготовки в структурному відношенні реалізуються за однією схемою і складаються з чотирьох, або менш чітко виражених, логічно взаємопов'язаних його частин: *вступна* частина (тривалість приблизно 3-4 хв.) - призначена для вирішення організаційних питань, постановки основних завдань, створення позитивного емоційного фону, налагодження творчих стосунків з тими, що займаються; *підготовча* частина (тривалість 10-15 хв.) - спрямована на подолання інертності психофізіологічних процесів спортсменів-інвалідів, що дозволяє їм швидко включитися в роботу, морфологічно і функціонально підготувати м'язову систему, попередити травматичні ураження. Практика спортивної підготовки свідчить, що значення розминки визначається не лише фізіологічним налаштуванням організму на характер і інтенсивність змагань або навчально-тренувальної діяльності. Не меншу роль вона відіграє у вирішенні завдань психологічної підготовки. У окремих спортсменів-інвалідів розминка знімає надмірне збудження, в інших - дуже спокійних або пасивних - викликає необхідне збудження. Ознака оптимальної реалізації завдань розминки - добрий настрій, відчуття впевненості, бажання скоріше почати виконувати основну вправу,

приступити до змагань. Достатнього поширення на змаганнях осіб з ПОРА набула розминка, що проводиться у формі додаткових вправ між змаганнями. Вона практикується в тих випадках, коли: а) паузи між вправами (наприклад, в легкій атлетиці, стрільбі з лука, спортивних іграх, фехтуванні, важкій атлетиці) продовжуються більш ніж 15-30 хв.; б) спортсмен через різні причини виконує вправи нераціонально, припускається помилок в техніці вправи; в) існує необхідність зняти спастичні реакції, що виникають в результаті значної напруги нервово-м'язової системи; *основна* частина заняття (тривалість від 20 до 40 хв. залежно від рівня підготовленості) вирішує освітні завдання (технічна підготовка - навчання, закріплення, вдосконалення техніки вправи змагань, формування системи спеціальних знань, пов'язаних з процесом навчання), завдання спеціальної підготовки (розвиток комплексу рухових якостей, складових змісту вправи змагань), а також завдання тактичної і психологічної підготовки. Зміст завдань основної частини занять визначається рівнем спортивної підготовленості спортсменів-інвалідів, етапом спортивної підготовки в річному циклі.

При побудові основної частини занять необхідно керуватися наступними закономірностями: завдання технічної підготовки завжди повинні вирішуватися в першій третині основної частини, коли організм знаходиться у стані оптимальної готовності до сприйняття нових і оцінки сформованих координаційних рухів; при вирішенні декількох взаємопов'язаних завдань рекомендується така послідовність: техніка, тактика, прудкість, спритність, сила, силова, а також інші види витривалості, морально-вольові якості; під час навчально-тренувального заняття з переважним формуванням витривалості доцільно на початку основної частини застосовувати методи інтенсивної дії фізичного навантаження на організм (інтервальний), а в кінці основної частини - методи безперервної дії; пік дії фізичного навантаження у навчально-тренувальному занятті повинен доводитися приблизно на другу третину основної частини з поступовим зниженням в останній третині; *завершальна* частина (тривалість 5-7 хв.). Основне завдання - нормалізація психофізіологічних процесів і приведення їх в близьке до вихідного стану поступового зниження рухової активності. Найбільш ефективний засіб рішення

цього завдання - виконання рухів з достатньо великою амплітудою, наприклад, дихальних вправ. У цій частині підводять підсумки навчально-тренувального процесу, оцінюють діяльність спортсменів-інвалідів, дають завдання для самостійних занять.

Під час аналізу основних розділів змісту спортивного тренування необхідно підкреслити, що в практиці вони логічно взаємопов'язані. Без розуміння того, як вони організуються в єдине ціле, неможливо зрозуміти суті навчально-тренувального процесу і опанувати засобами його практичної побудови.

З позицій сучасної теорії спортивної підготовки навчально-тренувальний процес осіб з ПОРА необхідно розуміти як педагогічну систему, що має конкретну структуру, яка і забезпечує досягнення поставленої мети. До структурних елементів спортивної підготовки осіб з ПОРА відносяться: загальна фізична підготовка; спеціальна фізична підготовка; технічна підготовка; тактична підготовка; морально-вольова підготовка; інтелектуальна підготовка.

В процесі реалізації системи спортивної підготовки осіб з ПОРА структурні компоненти перерозподіляються в часі. Зрозуміти логіку цього перерозподілу можна на основі сучасних поглядів на побудову спортивного тренування як багатолітнього явища, яке реалізується в трьох основних рівнях: рівень мікроструктури - це структура окремого навчально-тренувального заняття і малих циклів - мікроциклів, які складаються з декількох занять; рівень мезоструктури - структура середніх циклів навчально-тренувального процесу (мезоциклів), яка складається з відносно закінченого ряду мікроциклів; рівень макроструктури - структура великих навчально-тренувальних циклів (макроцикли) типу піврічних, річних і багатолітніх.

Структура навчально-тренувального процесу осіб з ПОРА в цілому обумовлена співвідношенням внутрішніх і зовнішніх чинників розвитку тренуваності, їх закономірними зв'язками, на основі яких моделюється педагогічний процес, а потім реалізується на практиці. Проблема оптимальної побудови спортивної підготовки осіб з ПОРА полягає саме в тому, аби, спираючись на

закономірності структури і змісту навчально-тренувального процесу, додати йому форми, що якнайповніше відповідатимуть цілям і умовам їх реалізації.

Специфіка структури навчально-тренувальних занять дітей і молоді з ПОРА визначається, перш за все, їх спрямованістю на досягнення оптимального ефекту.

Будь-яким процесом треба вміти керувати. Для цього реабілітолог (тренер або сам спортсмен) повинен мати навички в спостереженні за станом, вміти оцінювати отримані результати, вносити своєчасно зміни в тренувально-реабілітаційний процес. Засобом для управління процесом реабілітації або самоуправління є систематичне реєстрування особистих показників стану здоров'я, функціонального стану життєзабезпечуючих систем (серцево-судинної, дихальної, нервової, м'язово-рухового апарату), самопочуття, фізичного розвитку та фізичної підготовленості в щоденнику самоконтролю спортсмена або його особистої справи.

Своєчасне отримання необхідної інформації дає можливість оперативно реагувати на зміни в організмі, корегувати адекватні навантаження, наочно бачити зміни в організмі, які відбуваються під впливом процедур кінезітерапії, індивідуально підбирати методи занять, дієту. Спостерігати, аналізувати, керувати - головні навички, які необхідні для ведення контролю та самоконтролю. Самоконтроль - це засіб підвищення ефективності оздоровчих занять, а також профілактики патологічних станів, травм, захворювань, це система спостережень за своїм здоров'ям, фізичним розвитком, функціональним станом, перенесенням навантажень. Головним документом самоконтролю є щоденник самоконтролю.

До завдань самоконтролю входить засвоєння (опанування) найпростіших методів самоспостережень: набуття навичок найпростіших методів функціональних досліджень; вміння записати і проаналізувати отримані результати; робити висновки і вносити зміни в оздоровчу програму, регулюючи навантаження, замінюючи види занять додаючи методи відновлення.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

Процес комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА, з одного боку, це метод, технологія, а з іншого – цілісна система професійної діяльності фахівців, спрямована на створення умов, щоб зробити цей процес більш успішним та результативним.

Ми уявляємо собі регіональну програму комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями ОРА як специфічну високо структуровану та пріоритетну діяльність держави на регіональному рівні, що відповідає всім сферам життєдіяльності осіб з вадами психофізичного розвитку й здійснюється на всіх рівнях адміністративно-територіального устрою (область, місто, район, навчально-виховний або реабілітаційний заклад, сім'я), а також у територіальних громадах і трудових колективах регіону. Таким чином, регіональна програма виражає стратегічну лінію держави та регіональні орієнтири місцевої влади на забезпечення оптимальної реабілітації та соціальної адаптації кожного з інвалідів.

Механізм реалізації регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату має включати такі елементи:

- сукупність законодавчих та нормативних актів на рівні держави, які регламентують державну політику стосовно осіб з ПОРА й визначають у цій роботі місце й роль регіональної системи діяльності, а також регіональні нормативні документи, програми щодо проблем дітей і молоді з вадами ОРА;
- вертикаль у структурі органів державної виконавчої влади з підпорядкованих органів, які безпосередньо відповідають за якісну організацію корекційно-реабілітаційної допомоги особам з ПОРА;
- необхідні структури (у тому числі спеціально створені), відповідальні за роботу з особами цієї категорії, у галузевих органах державного управління регіонального рівня, причетних до вирішення проблем осіб ПОРА;
- розвинена інфраструктура медичних, навчально-виховних, соціально-побутових, закладів для дозвілля осіб з вадами ОРА;
- громадські організації та об'єднання, рухи (всеукраїнські, регіональні, місцеві, за своїми осередками та відділеннями);

- розвинений механізм фінансування регіональної системи соціалізації дітей і молоді з ПОРА.

Механізм реалізації регіональної програми соціалізації дітей і молоді з ПОРА являє собою складний і надзвичайно мобільний організм, чутливий як до змін у державній політиці цього напрямку, так і до змін регіональних умов, де вона здійснюється.

Своєрідним двигуном механізму реалізації регіональної програми соціалізації дітей і молоді з ПОРА є органи державної влади, відповідальні за її здійснення, а ключовою ланкою, безпосереднім виконавцем - головні управління освіти і науки та соціального захисту населення на рівні області, відповідні управління та відділи в містах і районах регіону. Разом з тим, вивчення масової практики діяльності органів влади щодо вирішення проблем дітей і молоді з ПОРА свідчить, що в сучасних умовах потрібні зміни й доповнення у визначенні їх ролі та функцій.

На нашу думку в Україні логічно було б створити мережу державних органів у справах дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями, не об'єднаних з іншими галузевими виконавчими органами державної влади, відповідно до адміністративно-територіального устрою країни. Ми вважаємо, що до цієї системи доцільно залучити молодіжні структури в державних закладах, установах, на підприємствах тощо. У цьому випадку такий орган буде діяти під прямим керівництвом виконкому (держадміністрації), мати необхідні права, делеговані йому рішеннями держадміністрації чи ради відповідного рівня. З громадськими організаціями такий орган має будувати відносини на принципі співпраці на договірних умовах. У радах народних депутатів потрібно було б створити дорадчі органи з питань соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями.

Узагальнюючи практичні аспекти дослідження питань управління регіональною системою комплексної реабілітації та соціалізації осіб ПОРА, доцільно визначити, що:

1. В основі управління регіональної системи комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА лежить наукове осмислення філософсько-соціологічного, гуманістичного, особистісного, правового, синергетичного, розвивального аспектів

управління. Інноваційна стратегія й тактика побудови та функціонування регіональної системи забезпечує специфічну організацію управління цією системою.

2. Інноваційна організація управління, яка ґрунтується на особистісній позиції спеціалістів (працівників управлінської структури, адміністраторів, реабілітологів) у ставленні до осіб з вадами в розвитку як суб'єкта психолого-педагогічного супроводу, є вирішальним фактором ефективної реалізації регіональної системи соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

3. Позиція осіб з ПОРА переорієнтується на активну взаємодію з учасниками реабілітаційного процесу.

4. У свою чергу, характер управління як усією системою, так і конкретною педагогічною ситуацією трансформується від авторитарної в позицію демократичної взаємодії, співробітництва, допомоги.

5. Організація управління регіональною системою повинна включати в себе діагностику стану об'єкта, планування та прийняття рішень, моніторинг і координацію діяльності, матеріально-технічне та методичне забезпечення корекційно-реабілітаційної діяльності, підбір і підготовку кадрів.

6. Закономірність та обґрунтованість психолого-педагогічного проектування забезпечується дотриманням таких принципів, як принципи комплексного, системного підходу, безперервності, додатковості, оптимальності, єдності діяльності та відносин, нелінійного розвитку.

7. Ефективне функціонування регіональної системи комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА ґрунтувалося на програмно-цільовому підході до її управління як сукупності послідовних впливів на планування, організацію, керівництво та контроль з метою досягнення оптимального режиму дії інноваційного, творчого характеру управління.

Вирішуючи завдання професійної підготовки педагогічних працівників щодо реалізації регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА, нами було встановлено наступне:

1. Особистісно-професійний розвиток реабілітологів і соціальних працівників передбачає виділення трьох його системоутворюючих компонентів - регулюючого,

стабілізуючого і перетворюючого. Інтегральними критеріями особистісно-професійного розвитку, які характеризують професіоналізм особистості спеціаліста-реабілітолога, є професійна ідентичність і професійно важливі риси особистості; інтегральними критеріями, які характеризують професіоналізм діяльності, виступає професійна компетентність і індивідуально-творчий стиль професійної діяльності.

2. Ми розглядаємо феномен професійної компетентності реабілітолога як інтегративну якість особистості, яка включає в себе готовність і здатність людини до здійснення педагогічної діяльності, що потребує наявності певних знань, умінь і навичок, з одного боку, і професійно-особистісних якостей - з іншого. У нашій експериментальній роботі акцент був зроблений на формування спеціальної компетентності, у якій відображається специфіка конкретної педагогічної діяльності.

3. Нами була визначена концептуальна модель формування спеціальної професійної компетентності, цільове призначення якої полягало в спрямованості на вдосконалення організації навчання. Змістовно розроблена модель визначає собою органічну єдність і взаємодію трьох компонентів: соціокультурного, предметного і професійно-суб'єктного.

Отже, можемо зазначити, що педагогічне забезпечення процесу комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА повинно мати системний характер, охоплюючи, при цьому, орієнтаційний, змістовий, комунікативний, особистісний, технологічний та професійний параметри. Урахування їх у педагогічному процесі дозволяє зробити діяльність суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища ефективною, цілеспрямованою і послідовною.

Ми вважаємо, що запропонований авторський проект психолого-педагогічного супроводу регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації осіб з ПОРА дозволяє інтегрувати розмежовані в регіоні діагностику, консультативну роботу, соціально-захисні заходи та ін.

Однією з нових областей людинознавчих знань, нових спеціальностей, наукових дисциплін, що з'явилися у зв'язку з ускладненням виробничих процесів, збільшенням транспортних потоків, виникненням військових конфліктів,

погіршенням екологічної ситуації та іншими причинами зростання інвалідності в більшості країн світу, є корекційна фізична культура (КФК), тобто фізкультура, адаптована до особливостей людей з порушеннями в розвитку і обмеженими фізичними можливостями [189], яка розглядається спеціалістами як комплекс заходів, спрямованих на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими психофізичними можливостями, подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають відчуттю повноцінного життя, а також свідомості необхідності свого особистого внеску в соціальний розвиток суспільства. Магістральним напрямом корекційної фізичної культури є формування рухової активності, як біологічного та соціального факторів впливу на організм і особистість людини.

У людини з вадами опорно-рухового апарату корекційна фізкультура формує: усвідомлене ставлення до своїх сил у порівнянні з силами середньостатистичної здорової людини; здатність до подолання не лише фізичних, а й психологічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінному життю; компенсаторні навички, тобто дозволяє використовувати функції різних систем і органів замість відсутніх або порушених; здатність до подолання необхідних для повноцінного функціонування в суспільстві фізичних навантажень; потребу бути здоровим і вести здоровий спосіб життя; усвідомлення необхідності свого особистого внеску в життя суспільства; бажання поліпшувати свої особистісні якості; прагнення до підвищення розумової та фізичної працездатності.

Суть методів КФК полягає в тому, що вони біологічні та адекватні для людини з ПОРА. Фізичні вправи, які використовуються під час занять, мають широкий спектр дії, оскільки вони впливають на всі ланки нервової системи. Впливаючи на організм як на ціле, методи КФК цінні тим, що вони у своїй суті не локалістичні. Цим пояснюється успішність їх застосування при різних захворюваннях і травмах опорно-рухової системи.

Активна участь особи з ПОРА, єдність прояву її психічних та соматичних функцій є характерною рисою методу КФК і відрізняє його від усіх інших методів лікування та реабілітації. Активність суб'єкта реабілітації у процесі відновлення

своїх сил зміцнює вплив центральної нервової системи, підвищує тонус усього організму та сприяє більш успішному забезпеченню процесу відновлення. В основі КФК лежить широке використання основної біологічної функції кожного живого організму - функції руху, яка для людини має важливе прикладне та соціальне значення. При цьому, терапевтичний успіх досягається не рухами взагалі, а фізичними вправами як організованою формою руху (гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові, трудові).

Заняття фізкультурою і спортом передбачають здоровий спосіб життя і раціональне харчування, дотримання режиму праці і відпочинку. Все це дозволяє особам з вадами ОРА підтримувати й покращувати свій фізичний стан та самопочуття. Фізична культура і спорт забезпечують можливість відпочинку, психологічного розвантаження та позитивних емоційних переживань. Разом з тим фізкультурно-спортивна діяльність сприяє інтеграції інваліда у суспільному житті, спочатку в колі сім'ї та друзів, в відповідній його здібностям професії. Фізична культура і спорт дозволяють інваліду бути залученим до соціальних контактів з іншими людьми.

Аналіз наукової літератури і результати власних досліджень дозволили нам установити, що для забезпечення успіху процесу інтеграції осіб з ПОРА в сучасне суспільство необхідно використовувати такі методи, які характеризувалися б одночасним впливом як на соматичну, так і психічну категорії, на фізичний та психічний аспекти реабілітації, сприяли б підвищенню тонусу і тренуваності усього організму, впевненості у поновленні своїх сил, удосконалювали б рухові навички та нейрогуморальну регуляцію функцій основних систем, були б природними та біологічними. Методом, який відповідає цим вимогам, є *корекційна фізкультура* як соціальний феномен, метою якого є налагодження і зміцнення соціальних зв'язків людини, що раніше мала обмежений доступ в соціальний процес, залучення його до повноцінного життя, наповненого новим сенсом і емоціями, тобто фізкультура, адаптована до особливостей людей з порушеннями в розвитку.

Адаптивний спорт (спорт інвалідів) є різновидом адаптивної фізичної культури, мета якого полягає у реалізації здібностей людини і порівняння їх із

здібностями інших людей, що мають аналогічні проблеми в розвитку.

Нами з'ясовано, що спортивна підготовка інвалідів — це педагогічний процес, спрямований на визначення спортивної придатності, розвиток основних і спеціальних рухових здібностей, вдосконалення фонду життєво важливих рухових навичок і вмінь, на основі яких формується техніка рухів, розвиток морально-вольової сфери з врахуванням характеру змагальницької практики, тактична і інтелектуальна підготовленість.

Аналіз літературних джерел, практика фізичної реабілітації та результати наших власних досліджень свідчать про те, що фізкультурно-спортивна підготовка інвалідів підпорядкована загальним закономірностям навчання, виховання та розвитку. Тому в ній знаходить віддзеркалення повна система методичних принципів виховання - свідомості, активності, індивідуального підходу, наочності, систематичності, варіативності та динамічності, а також спеціального принципу диференційно-інтегральних оптимумів. Визначення спортивної придатності осіб з ПОРА повинно здійснюватися за комплексною програмою, включаючою педагогічні, медико-біологічні, імунологічні, психологічні і соціологічні методи дослідження.

Застосування систематичних навантажень сприяє розвитку у осіб з ПОРА компенсаторних механізмів, відновленню здатності до побутового і професійного навчання, необхідності і можливості соціально корисної трудової діяльності, особливо при наявності стійкого обмеження здатності самостійного пересування.

Організація експериментальної роботи щодо впровадження педагогічних умов соціалізації осіб з порушеннями ОРА в систему діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища дозволила нам:

- 1) сприяти появі нових ставлень соціального оточення та самої дитини з ПОРА до її недоліків. Діяльність усіх суб'єктів реабілітаційної роботи спрямована на зміну наслідків внутрішньої соціальної незадоволеності, на тривожність, очікування, відхилення в поведінці. Застосування практичних методів реабілітації сприяє тому, що діти з ПОРА навчаються альтернативним засобам спілкування,

виявляють творчі здібності, усвідомлюють основні правила поведінки; їхні батьки навчаються сприймати свою дитину такою, яка вона є.

2) створити механізм реалізації регіональних програм стосовно інвалідів через впровадження авторського проекту педагогічного супроводу процесу соціалізації осіб з ПОРА, оптимізації процесу формування рівня їх інтегрованості та адаптації;

3) визначити складові і сформувати систему обов'язків та форм взаємодії державних органів та громадських організацій регіону щодо забезпечення соціалізації інвалідів з вадами ОРА;

4) спрямувати політику зайнятості інвалідів в регіоні на те, щоб за допомогою реабілітаційних заходів дати можливість цій категорії людей отримати та зберегти робочі місця на ринку праці з відповідними до їх потреб умовами та гідною оплатою; на їх інтеграцію до відкритого ринку праці, що передбачає введення для роботодавців нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів та стимулювання роботодавців до працевлаштування осіб з інвалідністю на спеціально створені для них робочі місця;

5) суттєво розширити співробітництво органів законодавчої та виконавчої влади з громадськими організаціями інвалідів, створити умови для діяльності громадських організацій інвалідів з питань забезпечення зайнятості осіб з інвалідністю шляхом установа норм і стандартів на проектування, побудову та облаштування вулиць і доріг, транспорту, громадських будівель, житлових приміщень громадського користування, спеціальних засобів інформації;

6) створити в містах і районних центрах Луганської області мережу реабілітаційних установ та закладів, в яких здійснюється медична, соціальна, професійна та трудова реабілітація інвалідів для реалізації реабілітаційних послуг за місцем проживання інвалідів, безпосередньо на робочих місцях, на підприємствах; сприяти зміцненню матеріально-технічної бази реабілітаційних установ та навчальних закладів для інвалідів;

7) оптимізувати діяльність суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища шляхом використання педагогічних технологій, що забезпечують врахування особливостей інвалідів та сприяють їх соціальній захищеності;

8) значно розширити можливість доступу осіб з інвалідністю до здобуття професійної освіти та перелік професій (фахів), за якими здійснюється фахова та професійна підготовка інвалідів у системі навчальних закладів, зробити певні кроки щодо запровадження інклюзивного навчання цієї категорії громадян;

9) запровадити нові форми працевлаштування інвалідів на соціальних підприємствах, створених на базі міжрегіонального центру реабілітації інвалідів, робочі місця на яких є транзитними при переході на відкритий ринок праці;

10) сприяти зміні упередженого ставлення роботодавців до людей з інвалідністю, ліквідації дефіциту інформованості суспільства щодо різних аспектів соціалізації цієї категорії людей.

РОЗДІЛ 4.

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

4.1. Дослідження ефективності реалізації регіональної програми комплексної реабілітації та соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА

Досліджуючи проблеми інтеграції осіб з ПОРА, ми прийшли до висновку, що саме інтеграція є суттєвим фактором гарантії їх стабільності в суспільстві. Разом з тим існує низка перешкод на шляху до повної інтеграції людей з інвалідністю в суспільство.

Держава гарантує людям з обмеженими можливостями здоров'я і цивілізоване житло, і доброзичливе ставлення суспільства, і високу якість реабілітаційних послуг, і пристосоване для вільного пересування середовище, і робочі місця і т. ін. Але, на превеликий жаль, ці гарантії не виконуються у повній мірі. Саме тому людям з ПОРА доводиться самим долати всі перешкоди, самотійно будь-якими способами матеріально забезпечувати власне життя, знаходити шляхи задоволення матеріальних та духовних потреб і реалізації можливостей.

Протягом десяти років (2001-2011рр.) на базі дитячих медичних установ, освітніх закладів, реабілітаційних центрів Луганської області проводилась апробація та експериментальна перевірка основних положень розробленої нами концепції безперервної комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей і молоді з ПОРА, вивчення впливу регіонального корекційно-реабілітаційного середовища на процеси їх реабілітації, соціальної адаптації, збагачення їх життєвого досвіду.

З метою вивчення динаміки змін у стані здоров'я осіб з ПОРА, нами була розроблена та практично опанована обласна система персоніфікованого обліку. Паралельно із визначенням фізіологічних чинників нозологічної структури осіб з ПОРА, яка впливає на побудову і протікання реабілітаційного процесу, у формуючому експерименті ретельно вивчалися соціальні складові: соціальний статус сім'ї, здатність інвалідів до розвитку тонкої моторики, мови, рівень

соціально-емоційного розвитку, навичок самообслуговування, стан грубої моторики, пізнавальні здібності (пам'ять, увага, мислення, число, грамота, час).

Аналізуючи у цілому показники рівнів розвитку дітей з ПОРА експериментальної та контрольної груп, можна дійти висновку, що проведення послідовної, цілеспрямованої, багаторічної реабілітаційної роботи у межах регіональної програми дає кращі результати, ніж проведення подібної роботи у традиційних умовах. Діти з вадами ОРА контрольної групи мали значно більший ступінь відставання від нормального розвитку порівняно з дітьми експериментальної групи (Табл.4.1.).

Таблиця 4.1.

Порівняльний аналіз рівнів розвитку дітей з ПОРА

№ з/п	Напрямок розвитку дитини	Вік дітей з вадами ОРА											
		1-3 роки		3-6 років		7-9 рок.		10-12рок.		до14р.		до 16 р.	
		Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.
1.	Дрібна моторика	2,1/ 0,9	1,6/ 1,4	4,9/ 1,1	4,0/ 2,0	7,7/ 2,3	6,6/ 3,4	10,5 / 1,5	8,8/ 3,2	12,3 / 2,7	10,5 / 4,5	16,1 / 1,9	14,0/ 4,0
2	Когнітивн. розвиток	2,2/ 0,8	1,8/ 1,2	5,0/ 1,0	4,3/ 1,7	7,9/ 2,1	6,9/ 3,1	10,8 / 1,2	9,0/ 3,0	12,5 / 2,5	10,8 / 4,2	16,3 / 1,7	14,6/ 3,4
3.	Розвиток мови	2,1/ 0,9	1,8/ 1,2	4,8/ 1,2	3,8/ 2,2	7,5/ 1,5	6,3/ 2,7	10,3 / 1,7	8,7/ 3,3	12,1 / 2,9	10,3 / 4,7	15,8 / 2,2	13,5/ 4,5
4.	Соціально-емоційний розвиток	2,2/ 0,8	1,5/ 1,4	4,3/ 1,7	3,0/ 3,0	7,4/ 2,6	4,2/ 4,8	10,5 / 4,5	6,0/ 6,0	13,6 / 1,4	6,8/ 7,2	16,0 / 2,0	8,0/ 10,0
5	Розвиток самообслуговування	2,2/ 0,8	1,5/ 1,5	4,3/ 1,7	3,0/ 3,0	7,6/ 1,4	5,6/ 3,4	10,2 / 1,8	8,0/ 4,0	14,0 / 1,0	11,5 / 3,5	16,5 / 1,5	14,0/ 4,0
6.	Груба моторика	2,2/ 0,8	1,8/ 1,2	4,4/ 1,6	2,3/ 3,7	7,2/ 1,8	5,0/ 4,0	9,3/ 2,7	6,9/ 5,1	10,7 / 4,3	8,3/ 6,7	12,8 / 5,2	10,0/ 8,0

Через риску вказано рівень відставання від нормального розвитку.

Е - експериментальна група, К — контрольна група.

Обґрунтовані нами (О. Глоба, В. Білоус, 2004-2008рр.) структура та зміст регіональної системи безперервної комплексної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями підтвердили ефективність експериментальної роботи завдяки використування можливостей регіонального корекційно-реабілітаційного середовища; вирішення проблем дітей стало справою всіх людей та структур регіону; кожній дитині створюються сприятливі соціально-психологічні умови за місцем проживання, або в спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладах.

- Ефективність процесу психофізичної реабілітації дітей з ПОРА в умовах регіональних реабілітаційних центрів протягом 2004-2008рр. ми визначили за показниками табл. 4.2.

Таблиця 4.2.

Динаміка змін у стані здоров'я дітей з ПОРА (2004 - 2008рр.)

№	Діагноз	Кількість дітей	Виду жали	Значне покращення	Покращення	Незначне покращення	Без змін	Погіршення
1.	ДЦП	1148	-	172	456	392	128	-
2.	Наслідки перинатальних уражень нервової системи	656	568	40	24	16	8	-
3.	Гідроцефалія	108	8	76	8	8	8	-
4.	с-м Дауна	100	-	28	24	32	16	-
5.	Інші спадкові	240	-	36	64	100	40	-
6.	Гіпотеріоз	28	-	8	12	4	4	-
7.	Наслідки ЧМТ	60	8	32	8	8	4	-
8.	Туговухість	68	-	8	12	40	8	-
9.	Плексопатії	68	8	36	12	12	-	-
10.	Наслідки нейроінфекції	64	4	20	12	16	12	-
11.	Спиномозкові грижі	32	-	8	12	4	8	-
12.	Епілепсія	88	-	24	40	12	12	-
13.	Ортопедична патологія	156	76	48	28	4	-	-

14.	Діабет	36	-	16	8	4	8	-
15.	Пухлини ЦНС	16	-	-	-	-	4	12
	Всього:	2868	672	552	720	652	260	12
	У відсотках	100	23,4	19,2	25,1	22,8	9,1	0,4

Як бачимо, ці зміни розподілилися таким чином:

- покращення психофізичного стану – 25,1%;
- видужали – 23,4 %;
- виявили незначне покращення психофізичного стану – 22,8%;
- виявили значне покращення психофізичного стану – 19,2%;
- залишились без змін психофізичного стану – 9,1%;
- виявили погіршення психофізичного стану – 0,4%.

У процесі формуючого експерименту кожній дитині з вадами ОРА була запропонована індивідуальна реабілітаційна програма, яка передбачала послідовне вирішення завдань, пов'язаних з покращенням їх здоров'я, зменшенням інвалідизуючого захворювання, а також залучення до найважливіших форм життєзабезпечення (навчання, спілкування, праці, побуту, творчості тощо). Такий підхід дозволив (після успішного виконання дітьми індивідуальних реабілітаційних програм) направляти їх для продовження навчання в загальноосвітню та спеціалізовані установи (табл.4.3.).

Таблиця 4.3.

Установи, у які перейшли діти після закінчення програм реабілітації

Рік	Всього	Загальноосвітні установи		Класи для дітей ЗПР		Надомне навчання		Інтернати	
		кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%
2003	27	12	44	-	-	-	-	15	56
2004	45	21	46,7	3	6,7	15	33,3	6	13,3
2005	57	39	68,4	6	10,5	9	15,8	3	5,3
2006	71	42	59,2	11	15,5	18	25,3	-	-
2007	102	78	76,5	15	14,7	9	8,8	-	-
2008	156	125	80,1	19	12,2	12	7,7	-	-
Разом:	458	317		54		63		24	

З таблиці бачимо, що кількість дітей, які після закінчення індивідуальних реабілітаційних програм перейшли до загальноосвітніх установ поступово

збільшилася, а кількість дітей, що направлялися до інтернатів різного профілю - зменшилася.

Проаналізувавши результати експериментальної роботи, ми встановлювали її ефективність за наступними показниками:

- відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого;

- відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого.

Крім того, використовувалися ще й додаткові показники: 1) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: а) повністю видужали; б) виявили значне покращення психофізичного стану; в) виявили покращення психофізичного стану; г) виявили незначне покращення психофізичного стану; д) залишились без змін психофізичного стану; ж) виявили погіршення психофізичного стану; 2) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: а) повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина; б) засвоїли базові життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень; в) в основному засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; г) засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена; д) не вдалося засвоїти базові життєві компетентності, тому залишились соціально неадаптованими.

У процесі реабілітації та соціальної адаптації дітей з порушеннями ОРА (Ю. Долинний, О. Глоба 2006-2010рр.) нами були отримані наступні показники їх соціальної адаптованості:

I. За узагальнюючими показниками:

а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого - 45,2%; прогнозований - 49,4%; нижче прогнозованого - 6,4%; б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого - 40,6%; прогнозований - 50,8%; нижче прогнозованого - 9,6%;

II. За додатковими показниками:

а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: повністю видужали - 15,3%; виявили значне покращення психофізичного стану - 29,4%; виявили покращення психофізичного стану - 24,7%; виявили незначне покращення психофізичного стану - 18,7%; залишились без змін психофізичного стану - 11,1%; виявили погіршення психофізичного стану - 0,8%; б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина - 24,9%; засвоїли базові життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень - 25,1%; в основному засвоїли базові життєві компетентності - 29,9% та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена - 19,4%; не вдалося засвоїти базові життєві компетентності (залишилися соціально неадаптованими) 0,7%.

За результатами дослідження зафіксовано чітку позитивну динаміку рівнів інтегрованості дітей з порушеннями ОРА. Так, за даними чотирьох критеріїв, високий рівень інтегрованості до експерименту мали 6,6%, а після експерименту 34,8%; середній - 21,7% (до експерименту) і 49,2% (після експерименту), низький - 70,3% до експерименту, і 19,1% після експерименту.

За якісною оцінкою отриманих результатів, у показниках соматичного здоров'я дітей також відбулися позитивні зміни. Наприкінці педагогічного експерименту кількість дітей, у яких виявився середній рівень кількісних показників стану здоров'я, зросла від 28,5 до 36,6 %, відповідно зменшилася кількість дітей з рівнем нижче середнього і низьким рівнем - на 3,7 і 4,3 %. Отримані дані педагогічного експерименту значною мірою засвідчили підвищення рівня розвитку рухової функції і фізичних якостей дітей з порушеннями ОРА.

За даними дослідження стосовно показників соматичного здоров'я відбулися позитивні зміни: життєвий індекс зріс на 6,83 мл/кг у хлопчиків і на 10,19 мл/кг - у дівчат; силовий індекс відповідно - на 2,95 і 1,97%; індекс Робінсона - на 2,24 і 2,21 ум.од.; індекс Руф'є зменшився у хлопчиків на 2,56 відн.од. і у дівчат - на 2,16

відн.од. За всіма показниками соматичного здоров'я розбіжності виявилися незначними ($P > 0,05$).

Експериментальна програма дозволила значно збільшити загальний обсяг рухової активності. Контрольні вимірювання і оцінка рухової активності дітей з порушеннями ОРА засвідчили значну вірогідність розбіжностей між вихідними і кінцевими результатами педагогічного експерименту. Загальна рухова активність у хлопців збільшилася на 5,81%, фізкультурно-оздоровча - на 7,54 %; у дівчат відповідно - на 6,2 і 6,46%.

Порівняльний аналіз вихідних і кінцевих даних засвідчив, що якісні показники рухової функції «лежання, повороти» у дітей поліпшилися на 0,63 і 1,48 бали, «сидіння» - на 0,92 і 1,2 бали, «повзання» - на 1,55 і 1,23 бали; «стояння» - на 1,38 і 1,42 бали; «ходьба, біг, стрибки» - на 1,32 і 2,32 бали; «керування основними рухами» - на 1,58 і 1,55 бали і «психомоторні рухові уміння» - на 1,44 і 1,45 бали відповідно.

Як хлопці, так і дівчата стали більш товариськими, у них поліпшилося мислення; в іграх вони значно краще проявляли емоційну стійкість і активність, підпорядкованість, стриманість і колективізм. Щодо прояву морально-вольових якостей, то варто зазначити, що переважна більшість дітей стали сміливішими; вони майже позбулися почуття жорстокості; стали впевненішими в своїх діях і менш тривожними; майже зникла залежність від підтримки групи; поліпшився самоконтроль у виконанні завдань реабілітолога; значно зменшився фрустраційний стан.

За всіма показниками психічного стану дітей з порушеннями ОРА різниця між вихідними і кінцевими даними була високо вірогідною - $P < 0,01- 0,001$, що свідчить про позитивний вплив експериментальної програми на психічний стан дітей. Незаперечно, що майже всі досліджувані за всіма чинниками психічного стану показали високий рівень оцінок відносно початкових, що не перевищували середнього рівня.

Результатом експериментальної програми стало істотне поліпшення фізичного здоров'я дітей з порушеннями ОРА. Одним із показників стану здоров'я, як відомо, є

частота захворювань та їх тривалість. Загалом за навчальний час експерименту сума пропущених через хворобу днів у експериментальній групі склала 6,6%, а в період епідемії грипу, коли майже кожний третій пропустив через хворобу від трьох до шести навчальних днів, у експериментальній групі понад 60% дітей майже не хворіли.

У ході експерименту було вивчено динаміку змін у стані здоров'я дітей з порушеннями ОРА та членів їх сімей. Для цього нами була розроблена та практично опанована регіональна система персоніфікованого обліку. Слід зауважити, що поняття «стан здоров'я» у нашому дослідженні враховує не тільки певний фізичний стан, але й стан соціальний, тобто всі складові, які впливають на життєву компетентність особи з психофізичними вадами: соціальний статус сім'ї, здатність до розвитку тонкої моторики, мови, рівень соціально-емоційного розвитку, навичок самообслуговування, стан грубої моторики, пізнавальні здібності (пам'ять, увага, мислення, число, грамота, час).

Відсоток дітей з порушеннями ОРА, які досягають високого рівня реабілітації та соціальної адаптації, сформованості високого рівня життєвої компетентності, ще залишається незначним. Це пояснюється тим, що сталі психофізичні відхилення не дають їм змогу повністю подолати свої вади та реалізувати на практиці життєвий потенціал, стати повністю самодостатнім.

Таблиця 4.4.

Динаміка розвитку дітей з порушеннями ОРА у сфері сприйняття та дрібної моторики

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,7	4,5	5,9	7,1
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,6	2,8	5,0	6,6

У процесі експерименту нами був проведений аналіз окремих складових розвитку дітей з порушеннями ОРА: сприйняття та дрібна моторика, когнітивний

розвиток, мовленнєвий розвиток, соціально-емоційний розвиток, формування навичок самообслуговування, розвиток грубої моторики.

Отримані дані динаміки розвитку дітей з порушеннями ОРА у сфері сприйняття та дрібної моторики (табл.4.4.) дають змогу зробити висновок, що діти, які у повній мірі отримували корекційно-реабілітаційні послуги за розробленою нами програмою значно швидше набували навичок сприйняття та дрібної моторики.

Нашим дослідженням встановлено, що когнітивний розвиток (табл.4.5.) також зазнає певної інтенсифікації при реалізації програми педагогічної реабілітації, яка забезпечує дитині з порушеннями ОРА умов когнітивного розвитку. Саме виконання усіх програмних реабілітаційних заходів дало змогу дітям значно скоротити відставання від рівня нормального розвитку.

Таблиця 4.5.

Динаміка когнітивного розвитку дітей з порушеннями ОРА

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,9	4,8	6,0	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,9	3,0	5,3	6,7

Динаміку мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями ОРА наведено у табл.4.6.

Таблиця 4.6.

Динаміка мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями ОРА

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	3,3	4,5	5,8	7,1
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,7	3,3	4,8	6,3

Першочергову увагу в експериментальній роботі ми приділяли формуванню такої складової адаптованості дітей-інвалідів, як формування навичок у соціально-

емоційній сфері (табл.4.7.). Саме тут особливо інтенсивно розвивається самостійність дитини, її уміння спілкуватися, адекватно реагувати на ситуацію.

Одним із першочергових завдань експериментальної роботи щодо інтегрування дітей з порушеннями ОРА було набуття ними навичок самообслуговування, як фактору підвищення самостійності, зменшення залежності від інших людей.

Таблиця 4.7.

Динаміка розвитку у дітей з порушеннями ОРА навичок у соціально-емоційній сфері

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,0	3,4	5,3	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	2,0	3,0	4,4	6,5

Нами проводилися спеціалізовані корегуючі заняття (у тому числі з тими, хто навчався за індивідуальною програмою вдома), що давало змогу значно покращити самостійність дітей у самообслуговуванні (табл.4.8.).

Таблиця 4.8.

Динаміка набуття дітьми з порушеннями ОРА навичок самообслуговування

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	3,2	4,3	5,6	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	3,0	4,1	5,3	6,5

Стосовно осіб з вадами опорно-рухового апарату у першу чергу увага приділялась розвитку грубої моторики. У межах програми для кожної особи даної групи розроблялися та реалізовувалися індивідуальні програми фізичної реабілітації, які здійснювалися під керівництвом фахівців, кваліфікованих

спеціалістів з фізичної реабілітації з широким застосуванням спеціалізованих пристроїв, тренажерів, гідро- та термотерапії, бальнеологічних процедур, індивідуальних пристроїв тощо.

Аналізуючи у цілому показники, отримані внаслідок аналізу рівнів розвитку дітей з порушеннями ОРА експериментальної та контрольної групи, можна дійти висновку, що проведення послідовної, цілеспрямованої, багаторічної реабілітаційної роботи у межах програми дає кращі результати, ніж проведення подібної роботи у традиційних умовах.

Впровадження комплексного, особистісно орієнтованого підходу щодо надання педагогічної, психологічної, медичної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, розробка та впровадження програми підготовки дітей з вадами здоров'я до навчання в загальноосвітній школі дала можливість значно покращити їх життєву компетентність, оволодіння ними навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійність дитини [74].

Таким чином, результати педагогічного експерименту підтвердили гіпотезу про те, що розроблена методика, яка передбачає комплексний підхід щодо розвитку дітей старшого дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату з метою їх ефективної соціалізації, позитивно вплинула на їх фізичний стан, стимулювала ефективний розвиток їх рухової функції та поліпшення стану їхнього здоров'я.

Одним з напрямків нашого дослідження (Ю.Полулященко, О.Глоба, 2007-2010рр.) стало визначення особистого ставлення інвалідів до самих себе, ступеню реалізації власних можливостей, основних видів інтеграції молоді з функціональними обмеженнями здоров'я, з'ясування ставлення до можливості працевлаштування, виявлення причин, які перешкоджають самореалізації людей з функціональними обмеженнями. Для досягнення цієї мети було з'ясовано ступінь реалізації власних можливостей інвалідів; визначено причини, які заважають інтегруватися людині з обмеженими можливостями здоров'я; виявлено основні види інтеграції інвалідів; визначено ставлення людей з обмеженими фізичними

можливостями здоров'я до себе та ставлення сторонніх людей до них (на думку людей з інвалідністю); з'ясовано, яке місце роботи дозволило б людині з особливими потребами самореалізуватись.

Людині властива потреба не тільки бути на рівні вимог оточуючих, але й на рівні власних вимог, власної оцінки результатів своєї діяльності, усвідомлення своїх можливостей. Самооцінка людини пов'язана із ступенем складності завдань, які вона ставить перед собою, а тому може бути правильною або неправильною. У разі розбіжності між претензіями особистості та її реальними можливостями можуть виникати емоційні зриви, несприятливі як для існування людини взагалі, так і для її інтеграції.

Важливим, на нашу думку, також було визначити критерії оцінки ступеня соціальної адаптованості осіб з обмеженнями життєдіяльності, такі як: рівень освіти (базова чи повна середня; середньо-спеціальна; вища); вид навчання (домашнє індивідуальне навчання; спеціальна школа-інтернат; загальноосвітня школа; середньо-спеціальний, вищий навчальний заклад); наявність трудового досвіду (не має досвіду роботи; має досвід надомної/легкої праці; працював постійно до отримання інвалідності; має стаж роботи після отримання інвалідності); матеріальне становище сім'ї (тяжке (не має годувальника); малозабезпечена (має працюючого члена сім'ї); середній прибуток (працюючі члени сім'ї мають прибуток вище межі малозабезпеченості); високий прибуток (працюючі члени сім'ї мають високі прибутки); родина (розлучений, одинокий (проживає сам); проживає з батьками (утриманець); має велику родину (батьки, чоловік, дружина, діти); має власну сім'ю (чоловік, дружина, діти); термін інвалідності (інвалід з дитинства; інвалід загального захворювання; трудового каліцтва, інвалід з дитинства; інвалід загального захворювання/ трудового каліцтва); сенсорні вади (порушення координації рухів/просторового орієнтування/ зорового, слухового сприймання тяжкого ступеня; середнього ступеня; легкого ступеня; без ускладнень); загальний рівень розвитку (культура мови, кругозір, начитаність, широта і сталість читацьких інтересів, відвідування культурно-освітніх закладів): дуже низький; низький (інтереси обмежені, дуже рідко відвідує культурні заходи, науково-популярні передачі

переглядає рідко); середній (цікавиться певними темами, з якими досить добре обізнаний); високий (широке коло інтересів, знання в багатьох галузях); мовленнєвий розвиток (мінімальний словниковий запас; зв'язне мовлення на побутовому рівні; словниковий запас достатній; багатий словниковий запас); уявлення про майбутню професію, наявність певних навичок (не знає конкретно чим доведеться займатися, уявлення приблизне; має певні уявлення про вимоги майбутньої професії; цікавиться професією, має певні навички роботи; добре знає майбутню професію, має певний досвід самостійної роботи, має матеріально-технічну базу); громадська свідомість, моральні принципи (особисті інтереси ставляться вище за громадські, характерні утриманські настрої; слабо розвинене почуття обов'язку перед суспільством, відсутнє почуття національної гідності, найбільше цінує діловитість, пристосовництво, «уміння робити гроші»; наявне почуття обов'язку перед суспільством, людьми, сповідує моральні принципи, але великодушність та добротність вважає другорядними; сповідує культ обов'язку перед суспільством, громадою, людством, цінує патріотизм, моральні принципи, справедливість); наявність хобі, змістовне дозвілля (не має хобі, нічим не цікавиться; любить усамітнення і дозвілля, пов'язане з перебуванням на самоті (читання, музика, телевізор); має хобі, пов'язане з майбутньою професією; проводить активно вільний час (концерти, кіно, дискотеки, спорт, туризм); самообслуговування (повністю залежний; потребує постійної сторонньої допомоги; потребує часткової допомоги; самостійний); навички та звички культурної поведінки (рівень дисципліни, організованість, ввічливість, охайність): дуже низький рівень; низький рівень; середній (достатній); високий); стосунки з друзями (немає друзів; водить знайомих без розбору; має багато друзів; має вибіркоче коло друзів); наявність шкідливих звичок (хронічний алкоголізм, токсикоманія; зловживає спиртним (частіше 1 разу на місяць); вживає легкі спиртні напої, рідко вживає (рідше 1 разу на місяць), палить; не має); реагування на свою фізичну неповносправність (сприймає свої вади негативно (агресивно-захисні форми поведінки); невпевнений у собі (депресивні реакції); спокійне ставлення, намагається не загострювати увагу на фізичних вадах; хвороба не заважає активній життєдіяльності); особливості

спілкування (конфліктність, агресивність; залежність, прив'язаність до оточуючих; сором'язливість, невпевненість у собі; емоційність, критичність, доброзичливість); наявність планів на майбутнє (відсутність планів, асоціальні плани; плани нереальні (стати начальником, жити в Канаді тощо); плани ситуативні (одружитися, заробити багато грошей тощо); має реальні плани (отримання спеціальності, житла, створення сім'ї і т. п.); мотивація до навчання (дуже низький рівень (працювати не збирається, в Центрі планує відпочити і підлікуватися); низький рівень (спробує звернутися до Центру зайнятості, професію хоче отримати для особистого розвитку); середній рівень (звернеться до Центру зайнятості, знайомих, сподівається на успіх); високий рівень (бажає працювати за професією, активно шукатиме роботу через всі засоби: сім'я, знайомі, ЗМІ, Центр зайнятості); емоційний стан (емоційні порушення; часті афективні реакції; настрій, що часто змінюється, знижений настрій; емоційний стан стабільний).

Результати **першого** (діагностично-організаційного) **етапу** дослідження показали, що особи з ПОРА мають перешкоди на шляху до ефективного спілкування, а це в свою чергу призводить до незадоволеності собою, заниження самооцінки, погіршення свого особистісного «Я». Належної уваги потребує проблема інтеграції людей з обмеженими фізичними можливостями на освітньому рівні.

Наступний блок запитань полягав у ставленні до самого себе, до своїх можливостей, до віри у власні сили. На відкрите запитання «Коротко охарактеризуйте своє ставлення до самого себе» - 11,9% респондентів поставили знак «-», що означає, що людині з інвалідністю важко дати відповідь на це запитання, дати відповідь самій собі. 8,1% взагалі проігнорували це питання, не відмітивши свою відповідь ніякими позначками. Проте майже 80% опитаних поставились до цього запитання серйозно. Загалом з відповідей респондентів можна зробити висновок, що вони ставляться до себе песимістично, з критикою до своєї зовнішності, з почуттям власної невідповідності суспільству. Аналіз результатів показує, що, в основному, ці люди мають дуже занижений рівень самооцінки, а відповідно - і цілий ряд комплексів.

Ми досліджували також один із важливих факторів інтеграції особистості - віра у власні сили. 64,3% респондентів відповіли, що вони дійсно вірять у власні сили. Серед них 7,1% інвалідів I групи, інвалідів II групи - 14,3%, інвалідів III групи - 21,4%. Не вірять у власні сили 16,7% опитаних, з них інваліди I групи - 2,4%, II групи - 9,5%, III групи - 4,8%. Складно відповісти на запитання було 19% респондентів.

Результати дослідження ступеню реалізації власних можливостей показали, що 66,7% опитаних мають посередній ступінь реалізації, низький - 28,6%, і лише 4,7% висловили думку про те, що мають високий ступінь самореалізації. З результатів можна зробити висновок, що люди з інвалідністю мають запас творчого потенціалу, але не реалізують його у повній мірі.

Про наявність робочого місця повідомили лише 35,7% досліджуваних, з них інвалідів I групи - 4,8%, II групи - 11,9%, III групи - 19,04%. Бажають працювати ще 45,2% опитаних, 19,1% не працюють і бажання не висловлюють. У свою чергу респонденти, які прагнуть і бажають працювати вибирають, для себе вакансії: соціальний працівник, фінансист, оператор ПК, юрист, перукар-стиліст, водій, художник. Але й були відповіді такі як, наприклад, перукар-стиліст, художник, водій. Це говорить про те, що є люди з обмеженими можливостями, які вважають, що саме ці професії допоможуть їм інтегруватися та самоствердитися в суспільстві.

На запитання «Як ставляться до Вас сторонні люди?» 26,3% респондентів відповіли, що на них взагалі не звертають уваги, завжди проводжають поглядом 33,3% досліджуваних, пропонують допомогти 9,5% опитаних, ставляться до них так як і до всіх інших - 30% опитаних.

На запитання: «Що Ви відносите до вагомих здобутків Вашого життя?» - 69,04% респондентів відповіли, що вступ до вищого навчального закладу є для них вагомим здобутком їхнього життя, 4,8% - відкриття власної справи, 11,9% - створення сім'ї, 2,4% - виставка мистецьких робіт, 7,4%- участь у місцевому футбольному чемпіонаті, 4,8% - народження і виховання дитини.

Враховуючи те, що особи з порушеннями ОРА мали різноманітні інвалідизуючі захворювання і потребували індивідуального підходу, тому у процесі

експерименту проводився аналіз вікової та нозологічної структури клієнтів. Також слід зазначити, що комплексний підхід передбачав складання та виконання різнобічних програм реабілітаційного та корегуючого впливу, спрямованих на подолання відставань від нормального розвитку, використання компенсаторних можливостей організму.

У процесі використання педагогічних технологій реабілітації та соціальної адаптації осіб з ПОРА засобами адаптивної фізичної культури і спорту нами були отримані наступні показники соціальної адаптованості клієнтів [Полулященко Ю.М., Глоба О.П., 2010]:

I. За узагальнюючими показниками: відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого - 45,2%; прогнозований - 49,4%; нижче прогнозованого - 6,4%; відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого - 40,6%; прогнозований - 50,8%; нижче прогнозованого - 9,6%;

II. За додатковими показниками: відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: а) повністю видужали - 15,3%; б) виявили значне покращення психофізичного стану - 29,4%; в) виявили покращення психофізичного стану - 24,7%; г) виявили незначне покращення психофізичного стану - 18,7%; д) залишились без змін психофізичного стану - 11,1%; ж) виявили погіршення психофізичного стану - 0,8%; відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: а) повністю засвоїли базові життєві компетентності та - 24,9%; соціально адаптувалися як звичайна здорова людина; б) засвоїли базові життєві компетентності вище - 25,1%; середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень; в) в основному засвоїли базові життєві компетентності - 29,9%; та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; г) засвоїли базові життєві компетентності на низькому - 19,4%; рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена; д) не вдалося засвоїти базові життєві компетентності (залишилися соціально неадаптованими) 0,7%.

За результатами дослідження зафіксовано чітку позитивну динаміку рівнів інтегрованості інвалідів. Так, за даними чотирьох критеріїв, високий рівень

інтегрованості до експерименту мали 6,6%, а після експерименту 34,8%; середній - 21,7% (до експерименту) і 49,2% (після експерименту), низький - 70,3% до експерименту, і 19,1% після експерименту.

За якісною оцінкою отриманих результатів, у показниках соматичного здоров'я інвалідів також відбулися позитивні зміни. Отримані дані педагогічного експерименту значною мірою засвідчили підвищення рівня розвитку рухової функції і фізичних якостей осіб з ПОРА.

Таким чином, результати педагогічного експерименту підтвердили гіпотезу про те, що розроблена технологія, яка передбачала комплексний підхід щодо розвитку дітей і молоді з порушеннями ОРА засобами адаптивної фізичної культури і спорту, позитивно вплинула на фізичний стан інвалідів, стимулювала ефективний розвиток їх рухової функції та поліпшення стану здоров'я.

Під час проведення вхідного обстеження згідно з обласною системою персоніфікованого обліку та системою моніторингу у процесі експерименту було визначено основні рівні сформованості адаптованості осіб з ПОРА. Ці рівні не були сталими, бо особи з вадами психофізичного розвитку під час виконання індивідуальних програм реабілітації та соціальної адаптації намагалися самовдосконалитися, підвищити рівень своєї життєвої компетентності.

Отримані дані дають змогу зробити висновок, що інваліди, які у повній мірі отримували соціально-педагогічні послуги за розробленою нами програмою незалежно від місця реабілітації та соціальної адаптації значно швидше набували навичок сприйняття та дрібної моторики.

Нашим дослідженням встановлено, що когнітивний розвиток також зазнає певної інтенсифікації при реалізації програми соціально-педагогічної реабілітації, яка забезпечує особі з ПОРА умови когнітивного розвитку. Саме виконання усіх реабілітаційних заходів дало змогу особам з обмеженими можливостями значно скоротити відставання та наблизити її до рівня нормального розвитку.

Першочергову увагу в експериментальній роботі ми приділяли формуванню такої складової адаптованості інвалідів, як формування навичок у соціально-емоційній сфері. Саме тут особливо інтенсивно розвивається самостійність особи з

обмеженими можливостями, її уміння спілкуватися, адекватно реагувати на ситуацію.

Одним із першочергових завдань експериментальної роботи щодо інтегрування осіб з ПОРА було набуття ними навичок самообслуговування, як фактору підвищення самостійності, зменшення залежності від інших людей. Нами проводилися спеціалізовані корегуючі заняття (у тому числі з тими, хто навчався за індивідуальною програмою вдома), що давало змогу значно покращити самостійність клієнтів у самообслуговуванні.

Аналізуючи у цілому показники експериментальної та контрольної групи, можна дійти висновку, що впровадження спеціально розроблених педагогічних технологій дає кращі результати, ніж проведення подібної роботи у традиційних умовах.

Паралельно із вивченням впливу регіональної Програми на процеси реабілітації та соціальної адаптації осіб з ПОРА при проведенні експерименту було з'ясовано ставлення батьків та членів сімей до системи роботи, визначена оцінка ними якості та ефективності процесу адаптованості та інтегрованості осіб даної категорії (табл.4.9.).

Таблиця 4.9.

Порівняльна характеристика оцінки членами сімей інвалідів якості процесу адаптованості та інтегрованості осіб з обмеженими можливостями

Варіанти відповідей	2007-2008 рр.				2008-2009 рр.				2009-2010 рр.			
	Е. Г.		К. Г.		Е. Г.		К. Г.		Е. Г.		К. Г.	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Задоволений повністю	29	13,1	31	13,5	46	20,8	33	14,4	58	26,2	36	15,7
Задоволений	44	19,9	45	19,6	61	27,6	48	21,0	73	33,0	50	21,8
Задоволений в основному	47	21,3	48	21,0	41	18,6	52	22,7	40	18,1	54	23,6
Задоволений частково	57	25,8	59	25,8	42	19,0	54	23,6	29	13,1	51	22,3
Не задоволений	30	13,6	31	13,5	21	9,5	30	13,1	13	5,9	29	12,7
Не визначився	14	6,3	15	6,6	10	4,5	12	5,2	8	3,6	9	3,9
Разом	221	100	229	100	221	100	229	100	221	100	229	100

В обстеженні взяли участь 450 членів сімей інвалідів та батьків дітей-інвалідів, які брали участь в анкетуванні, відповідали на питання щодо якості організації реабілітаційного процесу. Дані таблиці дозволяють зазначити, що з року в рік позиція батьків і членів сімей інвалідів швидко змінювалась на позитивну. Якщо на початок експериментальної роботи задоволених нашою роботою членів сімей було тільки 13,1% (у контрольній групі 13,5%), то на кінець експерименту їх було вже 34,4% (у контрольній тільки 18,3%).

Отже, підсумовуючи результати експериментальної роботи щодо впровадження педагогічних технологій використання засобів адаптивної фізичної культури і спорту у процесі комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями ОРА, можна зазначити, що отримані дані повністю підтвердили наше припущення, згідно з яким процес соціалізації інвалідів виявився більш ефективним за рахунок реалізації індивідуальних і комплексних програм комплексної реабілітації та діяльності мультидисциплінарної команди фахівців, які у своїй роботі використовували новітні педагогічні технології адаптивної фізичної культури і спорту; від визначеності орієнтирів і стратегій регіонального реабілітаційного середовища та від координації спільних зусиль усіх суб'єктів, причетних до неї, залежить ефективність соціальної адаптованості та інтегрованості дітей і молоді з ПОРА (табл.4.10.).

Таблиця 4.10.

Показники діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища щодо організації регулярних занять адаптивною фізичною культурою і спортом інвалідів

	Показники роботи	2007	2008	2009	01.09.2010
1	Фізкультурні кадри	8	9	21	27
2	Спортсмени дитячо-юнацьких спортивних шкіл інвалідів	-	227	246	299
3	Кількість інвалідів, які регулярно відвідують заняття фізичною культурою і спортом	265	277	381	732
4	Кількість учасників масових змагань Спартакіади «Повір у себе»	60	75	125	192
5	Кількість учасників Чемпіонатів, кубків і першостей України	28	37	130	141

6	Спортсмени, які посіли 1-3 місця на офіційних міжнародних змаганнях (всього): в т.ч. - Дефлімпійські ігри - Чемпіонати світу - Кубки світу - Чемпіонати Європи - Кубки Європи - Всесвітні ігри осіб з ДЦП - Паралімпійські ігри	18 2 1 - 15 - - -	21 2 5 - 7 - 6 1	36 5 7 2 9 2 11 -	34 5 7 3 7 3 9 -
7	Присвоєно звання: - Заслужений майстер спорту України Продовження табл.5.11.	2	-	-	-
	- Майстер спорту України міжнародного класу	3	-	-	-
	- Майстер спорту України	3	2	5	3
8	Кількість волонтерів, які залучені до організації регулярних занять	-	5	15	25
9	Кількість соціальних працівників, які пройшли перепідготовку в межах регіональної Програми	-	4	19	27

Таким чином, за період реалізації експериментальної роботи (2007-2010 рр.) соціальними послугами в регіоні скористалися 8466 осіб з обмеженими психофізичними можливостями. До регулярних занять адаптивною фізичною культурою і спортом було залучено 1031 особа з обмеженнями життєдіяльності, з яких 336 інвалідів взяли участь у змаганнях різного рівня з адаптованих видів спорту, 109 спортсменів-інвалідів у складі збірної команди України стали призерами та переможцями міжнародних змагань; 303 дитини з вадами психофізичного розвитку продовжують свою освіту в загальноосвітніх закладах; 113 інвалідів успішно працевлаштувалися.

Реалізація процесу комплексної реабілітації інвалідів в умовах регіонального реабілітаційного середовища робить педагогічні технології соціальної інтеграції засобами адаптивної фізичної культури і спорту доступними для кожної родини, в якій мешкає інвалід, дає змогу кожній людині з вадами розвитку отримати індивідуальну програму психолого-педагогічної допомоги та соціалізації.

У процесі експериментального дослідження (О. Поліщук, О. Глоба, 2007-2011рр.) нами вівся пошук принципів розробки оптимальних варіантів моделей діагностики, реабілітаційної роботи, навчально-виховного процесу, соціальної адаптації та інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями через їх професійне навчання та адаптовану трудову діяльність.

Провідною ідеєю нашого дослідження було припущення, що процес трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я буде ефективнішим якщо впровадити в практику діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища наступні педагогічні умови: оптимізувати процес формування професійного рівня осіб з обмеженими можливостями здоров'я, реалізувати чи авторський проект трудової реабілітації даного контингенту; створити таке реабілітаційне середовище, яке буде ґрунтуватися на комплексному, особистісно-орієнтованому підходах щодо надання соціальної, психологічної, педагогічної допомоги особам з обмеженими можливостями здоров'я, у якому б була надана можливість забезпечити цим особам умови для самореалізації себе як особистості та професіонала; спрямувати соціально-педагогічну роботу на зміну упередженого ставлення роботодавців до людей з інвалідністю, ліквідацію дефіциту інформованості суспільства щодо різних аспектів трудової реабілітації та зайнятості цієї категорії людей.

Протягом експериментальної роботи (з 2007 по 2011 р.) до різних видів психолого-педагогічного супроводу щодо професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів було залучено більше ніж 2,5 тисячі осіб.

Враховуючи те, що особи з обмеженими можливостями мали різноманітні інвалідизуючі захворювання і саме з огляду на це потребували різних індивідуальних підходів, тому у процесі експерименту проводився аналіз вікової та нозологічної структури осіб, до яких здійснювався психолого-педагогічний супровід.

Найважливішою складовою частиною механізму реалізації Програми є педагогічний моніторинг, який дозволяє відстежувати ефективність процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями в

цілому. Моніторинг забезпечив всіх учасників педагогічного процесу якісною інформацією, необхідною для оцінки проведеної роботи, для прийняття управлінських рішень, коригування досліджуваного процесу. Таким чином, успішне забезпечення професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з ПОРА неможливо без постійного й об'єктивного спостереження, що можливо при науково організованому моніторинговому процесі.

Протягом п'яти років на базі дитячих медичних установ, освітніх закладів, реабілітаційних центрів Луганської області проводилась експериментальна перевірка основних положень розробленої нами моделі комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації та професійної орієнтації дітей з обмеженими можливостями, вивчення впливу регіонального реабілітаційного простору на процеси соціальної адаптації дітей, збагачення їх життєвого досвіду.

Протягом експериментальної роботи було проаналізовано показники розвитку 458 дітей віком від 14 до 18 років: показники 150 дітей що не відвідували Центр; та показники 308 дітей, що проживали вдома і проходили реабілітацію в Центрі.

Показником нормального розвитку (контрольний показник) було повне виконання дитиною завдань, що відповідали даному віку і приймалися за одиницю визначення. Так, дитина, віком 14 років, яка повністю виконувала контрольні тести, мала рівень розвитку 1. Під час проведення діагностики рівнів розвитку (тестування) всі відхилення фіксувалися, підсумовувалися і визначалися у цифровому еквіваленті. Наприклад: при визначенні рівнів розвитку дітей-інвалідів у сфері сприйняття та тонкої моторики діти відповідного віку, які відвідували Центр та діти, які Центр не відвідували виявили значні розбіжності у рівнях розвитку. Характерним є те, що зі збільшенням віку дітей (тобто зі збільшенням впливу Центру) ці розбіжності збільшувалися. По всіх показниках спостерігалось значне відставання дітей, які не відвідували Центр та не мали індивідуальної програми професійної орієнтації. Так, у віці 14 років у сфері тонкої моторики ця різниця становила 0,22; у 15 річному віці - 0,43; у 16 років - 1,61; у 17 років - 2,58; у 18 років - 2,75.

Виходячи з показників, отриманих внаслідок аналізу рівнів розвитку, можна дійти висновку, що проведення послідовної, цілеспрямованої, багаторічної реабілітаційної роботи за участю реабілітаційного Центру дає кращі результати, ніж проведення подібної роботи тільки через сім'ю. Так, аналізуючи ступінь відставання дітей-інвалідів у різних напрямках розвитку, можна зазначити, що діти, які не відвідували Центр, мали значно більший ступінь відставання від нормального розвитку у порівнянні з дітьми, що відвідували Центр.

Під час проведення експериментальної роботи в мережі територіальних центрів Луганської області отримали реабілітаційні послуги понад 4000 дітей-інвалідів, в тому числі у 2007р. - 930 осіб, у 2008р. - 960 осіб, у 2009р. - 1212 осіб, у 2010р. - 1230 осіб.

Анкетування дозволило також проаналізувати ставлення батьків до місця організації роботи щодо корекції психофізичних вад. В анкеті були запропоновані чотири варіанти відповідей щодо місць організації реабілітаційної роботи: вдома, у спеціалізованому інтернаті, у Центрі ранньої соціальної реабілітації, або інші.

Аналіз отриманих даних свідчать, що батьки надають перевагу центрам ранньої соціальної реабілітації: організація реабілітаційної роботи вдома, силами сім'ї - 12%; організація реабілітаційної роботи через систему спеціалізованих інтернатних установ - 2%; організація реабілітаційної роботи через Центри ранньої соціальної реабілітації - 81%; інші - 5%.

За результатами Всеукраїнського конкурсу в 2010 році Луганський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Відродження» визнаний найкращим центром в Україні, де створені адекватні умови для реалізації програми професійної орієнтації дітей-інвалідів.

Механізм реалізації авторської програми професійної орієнтації та трудової реабілітації дорослих осіб з обмеженими можливостями являє собою складний і надзвичайно мобільний організм, чутливий як до змін у державній політиці, так і до змін регіональних умов, де вона здійснюється.

Виходячи з цього, перший критерій ефективності процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації, пов'язаний з рівнем соціально-психологічної

адаптованості молоді з інвалідністю, ми формулюємо як *критерій емоційно-психічного стану клієнта*. Даний критерій відбиває сутнісні характеристики розроблених нами першої та другої педагогічних умов ефективності процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів (Поліщук О.А., Глоба О.П., 2010).

Наступні критерії співвідносяться із з'ясуванням рівня професійної інтегрованості клієнта в цілому. Другий критерій ми сформулювали як *ціннісно-поведінковий*. Він пов'язаний із змінами у ціннісно-діяльній сфері клієнта, сформованістю в нього ціннісних настанов та поведінкових навичок, які сприяли б розвитку і активізації його внутрішніх ресурсів щодо професійної орієнтації, трудової реабілітації та ефективного працевлаштування, поверненню до нормального життя, виходу зі стану соціальної дезадаптації.

Третій критерій відбиває весь комплекс розроблених нами педагогічних умов і ми сформулювали його як *критерій якості педагогічного забезпечення професійної орієнтації, трудової реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів*.

Відповідно до традиційних підходів щодо розробки критеріїв, ми виділяємо *три рівні* сформованості тих або інших показників за кожним із критеріїв, а саме: *високий, середній і низький*. Слід зазначити, що змістовне визначення кожного з показників, за сформульованими вище критеріями, відбиває певну специфіку особистісного становлення інвалідів – учасників експериментального дослідження та рівні їх соціальної інтегрованості у процесі професійної орієнтації та трудової реабілітації в умовах створеного регіонального реабілітаційного середовища.

Аналіз експериментальних даних, пов'язаний із вивченням ступеню сформованості ціннісних пріоритетів інвалідів, зазначений у табл.4.11., свідчить про те, що між життєвими пріоритетами інвалідів контрольної та експериментальної груп, на момент прибуття їх у центр реабілітації, практично не існує різниці.

Якщо порівнювати ціннісні орієнтири клієнтів на момент вибуття з центру, то зміни між КГ й ЕГ є кардинальними. Так, в першій групі пріоритетів експериментальної групи відбулася зміна рангових місць і перше місце віддано щасливому сімейному життю (4,9 бали), друге, характеризує зміни ставлення до

власного здоров'я (4,78 бали – було 3,6), третє місце – все ще показує пріоритетність матеріальних цінностей, але важливим є те, що соціально-правові показники професійної спрямованості піднялися до третьої групи цінностей (чесна праця: з 2,7 до 3,9 балів та престижна професія: з 3,09 до 3,99 балів). Зросли показники щодо ролі навчання в ЕГ (4,31 бали – було 3,2), що на +1,02 більше від КГ (було 3,24 стало 3,29 бали). Таким чином, простежується рух у напрямку збільшення значимості соціально-правових пріоритетів життя, що свідчить про позитивний ефект експериментальної роботи.

Таблиця 4.11.

**Ступінь сформованості ціннісних пріоритетів життя інвалідів
(за 5-бальною шкалою)**

Життєві пріоритети	Рангове місце		На момент потрапляння у притулок		На момент вибуття з притулку	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Щасливе сімейне життя	3/3	3/1	4,3	4,35	4,39	4,9
Вільне життя, розваги, відпочинок	1/1	1/9	4,84	4,88	4,8	3,6
Досягнення матеріального благополуччя	2/2	2/3	4,8	4,83	4,68	4,32
Праця	10/10	9/8	2,87	2,7	2,81	3,9
Престижна професія	9/9	10/7	2,65	3,09	2,69	3,99
Власне здоров'я	6/6	5/2	3,5	3,6	3,66	4,78
Пізнання (отримання освіти, поширення світогляду)	7/7	7/4	3,24	3,2	3,27	4,31
Розвиток своїх здібностей	8/8	8/5	3,18	3,14	3,24	4,3
Любов, наявність друзів	4/4	6/10	4,1	4,08	3,3	3,55
Повноцінне спілкування з людьми	5/5	4/6	4,02	3,9	4,12	4,2

Примітка. У колонці «РАНГОВЕ МІСЦЕ», таблиці 2.9., через дріб позначено визначення рангового місця „на момент прибуття” / та „на момент вибуття” клієнта з центру реабілітації.

Але, слід зазначити, що істотно вплинути на життєві погляди клієнтів за нетривалий термін їх перебування у центрі досить складно, для цього потрібні чіткі комплексні фахові дії всієї міждисциплінарної команди спеціалістів служби супроводу процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів.

Логіка подальшого аналізу передбачала з'ясування ступеня готовності клієнтів до професійного самовизначення, як одного із складових показників трудової реабілітації інвалідів. Перш за все, нас цікавили рівні психологічної,

теоретичної, дієво-практичної підготовленості клієнтів до реалізації індивідуальних програм професійної реабілітації (табл.4.12.,4.13).

Таблиця 4.12.

**Рівень підготовленості інвалідів до професійного самовизначення
(до соціально-педагогічного експерименту)**

Готовність до професійного самовизначення	Рівні готовності					
	Контрольна група			Експериментальна група		
	В	С	Н	В	С	Н
Психологічна	0	10,1	89,9	0	11,9	88,1
Теоретична	0	11	89	0	13,3	86,7
Дієво-практична	0	13,6	86,4	0	15,4	84,6
Загальна	0	11,56	88,4	0	13,53	86,4

Таблиця 4.13.

**Рівень підготовленості інвалідів до професійного самовизначення
(після соціально-педагогічного експерименту)**

Готовність до професійного самовизначення	Рівні готовності					
	Контрольна група			Експериментальна група		
	В	С	Н	В	С	Н
Психологічна	-	39,6	60,4	-	59,7	40,3
Теоретична	-	38,6	61,4	-	57,7	42,3
Дієво-практична	-	35,4	62,6	-	60,8	39,2
Загальна	-	38,5	61,46	-	59,4	40,6

Примітка. Скорочення позначок рівнів у табл. 2.12., 2.13.: Н – низький рівень готовності, С – середній рівень, В – високий рівень готовності.

Критеріями аналізу під час проведення нами моніторингу готовності клієнтів до професійного самовизначення стали: *когнітивний*, що передбачає відповідний об'єм знань щодо можливостей власного професійного самовизначення; особисті уявлення клієнта про власні особливості (особистісні ресурси); формування понять про спрямованість процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації; *вольовий*, який передбачає наявність звички до тривалого вольового зусилля, вміння доводити справу до завершення й долати тимчасові труднощі, внутрішні та зовнішні конфлікти, стійкість поглядів, ціннісних орієнтирів, моральних якостей клієнта; *дієво-практичний*, що передбачає реальне самостійне включення клієнта в різноманітні види соціальної діяльності, в діяльність щодо гармонійного розвитку

власної особистості; самостійність у вирішенні проблемних ситуацій; гнучкість орієнтації в нових умовах; творчий підхід до вирішення завдань процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації - власну соціально-правову активність клієнтів.

Після проведення педагогічного експерименту різниця між контрольною і експериментальною групами суттєво змінилася, як за якісними так, і за кількісними показниками. Відповідно до отриманих даних 61,46% клієнтів КГ (було 88,4%) і вже лише 40,6% з ЕГ (було 86,4%) залишаються на низькому рівні готовності до професійного самовизначення. Різниця між КГ та ЕГ становить 20,8%, на користь ЕГ, і пояснюється позитивними змінами у ціннісно-поведінковій сфері інвалідів після проходження ними спеціального курсу соціально-психолого-педагогічних занять, спрямованих на розвиток навичок професійної орієнтації та самовизначення. Істотно збільшилася кількість клієнтів, які досягли середнього рівня готовності до професійного самовизначення (КГ 38,5%, ЕГ 59,4%), різниця між КГ та ЕГ становить 20,9% на користь ЕГ. Відсутність показників щодо оволодіння інвалідами високим рівнем готовності до професійного самовизначення ми пов'язуємо із короткотерміновістю перебування клієнтів у центрах реабілітації.

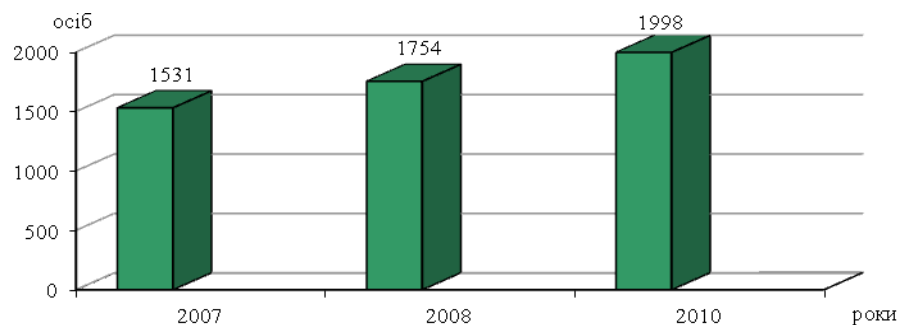


Рисунок 4.1. Чисельність інвалідів, які проходили професійну реабілітацію у Центрах реабілітації у 2007-2010 рр.

Обґрунтовані нами структура та зміст педагогічних умов функціонування регіональної моделі психолого-педагогічного супроводу процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями підтвердили у ході експерименту свою можливість забезпечити ефективність цього процесу, формування у інвалідів необхідних життєво важливих

навичок і вмінь з метою підвищення рівня їх соціальної адаптованості та інтегрованості у сучасне суспільство.

Загальна чисельність інвалідів, які у 2010 р. проходили професійну реабілітацію в Центрах, становила 1998 осіб, що на 467 осіб, або на 31,0% більше, ніж у 2007 р. (Рис.4.1).

Отже, підсумовуючи результати формуючого експерименту, у цілому, можна зазначити, що отримані дані повністю підтвердили наше припущення, згідно з яким ефективність професійної орієнтації, трудової реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями може бути більш ефективним за наявності відповідної регіональної моделі та адекватної їй програмі психолого-педагогічного супроводу усіх учасників реабілітаційного процесу. Багаторічний досвід експериментальної організації професійної реабілітації та соціальної адаптації осіб з ПОРА дозволив нам створити доцільне регіональне корекційно-реабілітаційне середовище.

Проведене теоретичне дослідження, знайомство з інноваційними розробками науковців-практиків щодо покращення стану осіб з ПОРА, аналіз практичного досвіду вирішення проблем їх професійної орієнтації та трудової реабілітації, результати проведеної нами експериментальної роботи дозволили нам сформулювати ряд пропозицій рекомендаційного характеру щодо покращення результативності діяльності реабілітаційних центрів та інших суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища стосовно професійної орієнтації, трудової реабілітації та працевлаштування інвалідів, удосконалення організаційної структури та управління регіональною системою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями.

1. Необхідне законодавче визначення поняття «дискримінація» щодо інвалідів, закріплення принципу рівних прав інвалідів та громадян без інвалідності, заборона дискримінації людини з причин інвалідності; внесення поправок у законодавство про зайнятість, які знімають будь-які дискримінаційні заходи, що існують у відношенні включення інвалідів до відкритого ринку праці.

2. Слід доповнити Державний класифікатор професій новими професіями та спеціальностями, пов'язаними з професійною, медичною, фізичною та соціальною реабілітацією осіб з обмеженими фізичними можливостями та наданням соціальних та консультаційних послуг сім'ям, в яких є такі особи.

3. Треба спрямувати реформування вітчизняного законодавства щодо працевлаштування та зайнятості інвалідів на закріплення збільшення обов'язків роботодавців щодо людей з інвалідністю та впровадження стимулюючих механізмів як для роботодавців, так і для осіб з інвалідністю, спрямованих на забезпечення інтеграції інвалідів до трудового життя.

4. Важливим є законодавче закріплення права інвалідів – випускників навчальних закладів, які здобули фахову або професійну освіту, на перше робоче місце.

5. Потребує розробки механізм підтримуваного працевлаштування та супроводу інваліда на робочому місці, визначення джерел фінансування цих послуг та організацій, які ці послуги повинні надавати інвалідам; визначення фаху та кваліфікаційного рівня фахівців із супроводження інвалідів на робочому місці; розроблення державної програми підтримуваного працевлаштування інвалідів.

6. Необхідно внести зміни до нормативно-правової бази щодо реформування служби медико-соціальної експертизи, зміцнення її матеріально-технічної бази та забезпечення МСЕК відповідними фахівцями.

7. Слід розробити нормативи чисельності реабілітологів, психологів, сурдоперекладачів та інших спеціалістів для спеціальних шкіл-інтернатів, центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів медичної, професійної, фізичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, навчально-виробничих підприємств.

8. Треба упровадити до практики планування розвитку людських ресурсів розробку потреби у робітничих кадрах та фахівцях на перспективу (мінімум на 5 років) із виділенням потреби у професіях та фахах на робочі місця, де можна використовувати працю інвалідів.

9. Важливо підвищити рівень доступності та ефективності професійної реабілітації інвалідів шляхом створення реабілітаційних закладів у місцях, віддалених від великих міст, та регулювання обсягів професійного навчання за професіями та фахами у залежності від попиту на ринку праці.

10. Необхідно створити умови для професійної реабілітації інвалідів безпосередньо на робочому місці на підприємствах, в установах та організаціях шляхом запровадження підтримуваного працевлаштування, стажування.

11. Слід вжити ефективних засобів стимулювання роботодавців до працевлаштування інвалідів, зокрема матеріального стимулювання роботодавців, які наймають інвалідів понад встановлених нормативів; надання дотацій з компенсації заробітної плати працівників-інвалідів з диференціацією її розміру в залежності від тяжкості їх інвалідності, дотацій та субсидій на облаштування та технічне обслуговування робочих місць для інвалідів; застосування податкових преференцій та пільг при сплаті внесків на соціальне страхування підприємствам, установам, організаціям усіх форм власності та господарювання, де працюють інваліди, тощо.

13. Важливим є розроблення цільової програми стимулювання самозайнятості та мікропідприємництва для осіб з інвалідністю.

14. Потребує введення до складу медико-соціальних експертних комісій спеціалістів з професійної орієнтації для розроблення обґрунтованих індивідуальних програм реабілітації та адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями відповідно до їх інтересів, здібностей, стану здоров'я, освіти, професійно-кваліфікаційного рівня, а також для контролю і коригування даної програми.

Окремо слід сказати про критерії ефективності функціонування регіональної програми. Усі критерії ми об'єднали у дві великі групи:

1. Критерії, що визначають рівень можливостей регіональної програми щодо здійснення комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги особам з обмеженими можливостями здоров'я.

2. Критерії, що визначають рівень можливостей щодо організації корекційно-реабілітаційних заходів конкретним навчально-виховним або реабілітаційним закладом.

До перших ми відносимо таку групу критеріїв:

1. Доступності (можливість отримання психолого-педагогічну допомогу за широким спектром проблем (правовим, медичним, педагогічним, психологічним, економічним тощо); наявність у традиційних системах забезпечення розвитку, навчання та виховання спеціальних умов і можливостей для осіб з обмеженими можливостями; можливість забезпечення високого рівня допрофесійної підготовки осіб з обмеженими можливостями; відсутність у регіоні так званих тупикових гілок отримання освіти та професійної підготовки для дітей з вадами розвитку; можливість безкоштовно отримати лікування, освіту, професійну підготовку особами з психофізичними вадами розвитку; різноманітність, гнучкість та мобільність системи лікування, виховання та навчання осіб з обмеженими можливостями).

2. Демократичність (можливість громадськості, осіб з вадами розвитку та членів їхніх сімей впливати на розвиток регіональної системи комплексної реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями; залучення громадськості до керування регіональною системою соціалізації осіб з обмеженими можливостями; відкритість регіональної системи соціалізації осіб з вадами розвитку; можливість отримання освіти та професійної підготовки рідною мовою; гласність під час обговорення проблем, що виникають у регіональній системі психолого-педагогічної допомоги, можливість їх відкритого обговорення.

3. Взаємозв'язок регіональної системи комплексної реабілітації із загальнонаціональною системою соціалізації осіб з обмеженими можливостями (виконання державних нормативно-правових документів стосовно осіб з вадами розвитку; прояв ініціативи в удосконаленні державної нормативно-правової бази роботи; використання національних традицій піклування про життя та долю осіб з вадами психофізичного розвитку.

4. Кадрове забезпечення (співвідношення кількості педагогічних кадрів, які мають спеціальну підготовку для роботи з особами з вадами розвитку, з кількістю цих осіб у регіоні; наявність умов для підвищення кваліфікації, підготовки та

перепідготовки кадрів для роботи з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями.

5. Наявність у регіоні розвинутої інфраструктури спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладів для осіб з обмеженими можливостями (наявність мережі спеціальних навчально-виховних закладів з кожного профілю та її достатність; наявність мережі спеціальних та профільних груп, класів у загальноосвітніх дошкільних, шкільних та позашкільних закладах; наявність мережі додаткових спеціальних закладів для роботи з дітьми з вадами розвитку за місцем проживання; регулярне проведення заходів, акцій, свят, вечорів для осіб з обмеженими можливостями; наявність системи спільної діяльності органів освіти, охорони здоров'я, опіки тощо.

Другу групу критеріїв, які визначають можливість заходів програми щодо соціалізації осіб з обмеженими можливостями в конкретному навчально-виховному або реабілітаційному закладі, склали такі:

1. Зміст навчально-виховного та корекційно-реабілітаційного процесу в закладі (наявність у закладі цільової спеціальної чітко фіксованої концепції; наявність у закладах оригінальних традицій навчання й виховання осіб з обмеженими можливостями; наявність системи позанавчальної діяльності для осіб з обмеженими можливостями; використання в роботі принципів особистісно орієнтованого підходу до осіб з обмеженими можливостями; наявність у закладі здорової, доброзичливої психоемоційної атмосфери.

2. Кадрове забезпечення (наявність кадрів відповідної підготовки; можливість використовувати сучасні навчально-виховні та реабілітаційні технології; наявність у закладі системи методичного забезпечення роботи з особами з вадами розвитку; участь працівників у науково-методичних та експериментальних заходах з проблем осіб з вадами розвитку; гнучкість та різноманітність системи роботи щодо реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями).

Як бачимо, механізм реалізації регіональної програми соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями являє собою складний і надзвичайно

мобільний організм, чутливий як до змін у державній політиці, так і до змін регіональних умов, де вона здійснюється. В результаті реалізації регіональної програми в області були досягнуті такі соціальні показники: підвищення правової грамотності серед осіб з обмеженими фізичними можливостями; поліпшення умов проживання інвалідів області; своєчасне забезпечення інвалідів путівками на санаторно-курортне лікування для поліпшення стану здоров'я; створення системи навчання самоконтролю інвалідів, хворих на цукровий діабет та компенсації їх захворювання; забезпечення сприятливих умов для співпраці громадських організацій інвалідів з роботодавцями, профспілками, органами виконавчої влади області у сфері професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями; створення безперешкодного доступу для осіб з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення; підвищення активності у діяльності громадських організацій інвалідів області.

У процесі експериментальної роботи підтвердилися гуманістичні засади регіональної системи комплексної реабілітації та соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями: інвалідам створюються сприятливі соціально-психологічні умови за місцем проживання, або в спеціальних реабілітаційних закладах; вирішення проблем інвалідів стало справою всієї громади регіону.

4.2. Стратегія прогнозу ефективного функціонування регіональної системи соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА в Луганській області на найближчі роки та перспективу

Відповідно діючого законодавства державна стратегія регіонального розвитку розробляється на сім років, схвалюється Кабінетом Міністрів України, коригується у разі потреби один раз на три роки і використовується під час розроблення проектів стратегій розвитку Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, міст з чисельністю населення більш як 50 тис. чоловік, а також інших документів державного прогнозування та стратегічного планування.

У Державній стратегії регіонального розвитку відображаються: пріоритети, стратегічні цілі та напрями розвитку регіонів; пріоритети міжрегіонального та транскордонного співробітництва; заходи з підвищення конкурентоспроможності регіонів; механізм її реалізації та моніторингу.

Стратегія держави на регіональному рівні - це детальний всебічний комплексний план, спрямований на втілення цілей держави у регіоні. Сама суть державного регулювання потребує налагодженого механізму формування цілей, тому ієрархія цілей державного регулювання будується за принципом пріоритетів, потреб та інтересів суспільства. Пріоритетні напрямки визначаються за допомогою експериментальних методів на основі встановлених критеріїв ефективності, швидкості одержання позитивних результатів, мінімізації витрат.

Ієрархія цілей здійснюється за допомогою їхнього розміщення в порядку зниження пріоритетів за наступними принципами розроблення цілей державного регулювання: відповідність конкретних цілей сутності конституціонального устрою держави й генеральній меті діяльності держави; практична необхідність реалізації і її обґрунтування; досягнення гармонічного формування цілей, що передбачає їхні взаємозв'язок і взаємообумовленість; запобігання конфлікту, зумовленого різними цілями; інформаційне забезпечення державної політики пріоритетів з метою забезпечення довіри людей до діяльності держави.

Стратегічна мета є центральною визначальною. Стратегічні цілі складаються з тактичних, тому що тактика визначає цілі й методи, форми й способи діяльності, які

найбільше відповідають конкретним обставинам у певний момент часу й забезпечують досягнення стратегічних цілей.

Цілями створення соціально орієнтованої діяльності регіону є наступні:

1. Побудова громадянського суспільства, що здійснюється за допомогою соціальної політики.

2. Створення постіндустріального, технічного й технологічного образу виробництва й відповідної йому структури економіки за допомогою виробничої політики.

3. Створення багатоукладної економіки, але при цьому формування ринкової держави й системи регулювання економікою (економічна політика держави).

4. Становлення нової соціальної структури, досягнення сучасного рівня життя населення, а також формування так званого "середнього класу" через соціально-економічну структурну політику.

5. Формування механізмів боротьби з авторитаризмом, адмініструванням, бюрократизмом і корупцією за допомогою механізму проведення демократичної політики.

6. Розвиток міжнародних економічних, політичних, культурних і гуманітарних зв'язків через механізм зовнішньої політики.

Механізм формування стратегічних і тактичних цілей регіону є складним і багатограним процесом, що логічно починається з абстрактного суспільного передбачення, прямує до конкретного прогнозування, а далі - до макроекономічного планування й програмування.

Прогноз - науково обґрунтоване судження або передбачення можливого стану об'єкта в майбутньому, можливих шляхів і строків його досягнення. Соціальне прогнозування - це науково обґрунтоване передбачення напрямку розвитку окремих соціальних явищ і процесів на різних рівнях суспільства. Джерелами прогнозування є накопичені знання й досвід щодо розвитку соціальних процесів; статистична й фактична інформація про об'єкт прогнозування; економіко-математичні моделі.

Існують такі способи прогнозування: експериментальний, що здійснюється шляхом опитування фахівців щодо об'єкта прогнозування; екстраполяції - збір

інформації про розвиток об'єкта в минулому й перенесення закономірностей його розвитку на майбутнє; моделювання, яке базується на побудові моделей об'єкта відповідно до очікуваних змін його стану. До форм наукового прогнозування відносять: гіпотезу - наукове прогнозування на рівні загальної теорії, тобто якісні характеристики досліджуваного об'єкта, що відображують загальні закономірності його розвитку; прогноз - більш достовірне й більш повне наукове передбачення, тому що базується не тільки на якісних, але й на кількісних оцінках, має ймовірний або варіантний характер; план, що характеризується більш високим рівнем вірогідності, тому що містить постановку конкретного завдання й способи його виконання.

Прогноз визначають як науково обґрунтовану варіантну гіпотезу про можливий стан об'єкта в майбутньому залежно від характеру прогнозного фону, а також як гіпотезу щодо строків і способів досягнення намічених цілей.

За функціональними ознаками розрізняють: пошуковий прогноз, що базується на умовному перенесенні на майбутнє тенденцій розвитку об'єктів, які сформувалися в минулому й діють у теперішньому часі. Він не залежить від факторів, здатних змінити ці тенденції. Мета цього прогнозу - з'ясувати, як будуть розвиватися події в майбутньому при збереженні існуючих тенденцій; нормативний прогноз, який на відміну від пошукового розробляється на основі заданих цілей і передбачає визначення способів і строків їхнього досягнення.

Державне прогнозування та стратегічне планування базується на принципах: *цілісності*, яка забезпечується взаємоузгодженням документів державного прогнозування та стратегічного планування розвитку держави, окремих галузей економіки (сфер діяльності) та окремих адміністративно-територіальних одиниць на довго-, середньо- та короткостроковий періоди; *об'єктивності*, яка полягає в тому, що документи державного прогнозування та стратегічного планування розробляються на основі даних органів державної статистики, центрального органу виконавчої влади з питань економічної політики, інших органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також інформації з офіційних видань Національного банку України; *наукової обґрунтованості*, яка забезпечується

розробленням документів державного прогнозування та стратегічного планування на науковій основі, постійним удосконаленням методології та використанням світового досвіду в галузі прогнозування та стратегічного планування; *гласності*, яка полягає в тому, що проекти документів державного прогнозування та стратегічного планування і самі документи доступні для громадськості. Інформація про цілі, пріоритети та показники зазначених документів забезпечує суб'єкти господарювання необхідними орієнтирами для планування своєї діяльності; *самостійності*, яка полягає в тому, що місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування у межах повноважень відповідають за розроблення, затвердження і виконання документів державного прогнозування та стратегічного планування відповідних адміністративно-територіальних одиниць; *результативності*, яка полягає в тому, що документи державного прогнозування та стратегічного планування спрямовуються на досягнення економічних і соціальних цілей із забезпеченням необхідними ресурсами, а оцінка досягнення цілей визначається залежно від отриманих результатів, а не від витрачених ресурсів; *задоволення загальнодержавних інтересів*, яке полягає в тому, що органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування розробляють документи державного прогнозування та стратегічного планування виходячи з потреби у забезпеченні реалізації загальнодержавної соціально-економічної політики та економічної безпеки держави; *рівності*, яка полягає в дотриманні прав та врахуванні інтересів місцевого самоврядування і суб'єктів господарювання всіх форм власності.

Регіональна цільова програма - сукупність взаємозв'язаних та узгоджених за строками виконання, ресурсним забезпеченням та складом виконавців завдань і заходів, спрямованих на розв'язання найважливіших проблем розвитку регіону (Автономної Республіки Крим, області, району (кількох районів) або його окремих галузей економіки (сфер діяльності), які здійснюються з використанням коштів бюджету Автономної Республіки Крим, обласних, районних бюджетів.

Місцева цільова програма - сукупність взаємозв'язаних та узгоджених за строками виконання, ресурсним забезпеченням та складом виконавців завдань і заходів, спрямованих на розв'язання найважливіших проблем розвитку міста,

селища, села та їх об'єднань або їх окремих галузей економіки (сфер діяльності), які здійснюються з використанням коштів бюджетів місцевого самоврядування.

Метою розроблення проектів регіональних та місцевих цільових програм є забезпечення концентрації фінансових, матеріально-технічних, інших ресурсів, виробничого, науково-технічного та трудового потенціалу відповідних адміністративно-територіальних одиниць, а також забезпечення координації діяльності місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій для розв'язання найважливіших проблем.

Проекти регіональних та місцевих цільових програм розробляються за таких умов: існування проблеми, розв'язання якої потребує залучення коштів відповідних місцевих бюджетів, координації дій місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій; відповідності мети програми пріоритетним напрямкам розвитку, визначеним у стратегіях розвитку Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, міст з чисельністю населення більш як 50 тис. чоловік; наявності реальної можливості ресурсного забезпечення виконання програми.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласна, районна державні адміністрації приймає рішення про розроблення проекту регіональної цільової програми, визначає її замовника, забезпечує розроблення та проведення громадського обговорення проекту програми та подає його на затвердження відповідно Верховною Радою Автономної Республіки Крим, обласною, районною радою.

Проект регіональної та місцевої цільової програми розробляється замовником. Замовником регіональної та місцевої цільової програми можуть бути місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Для розроблення регіональних та місцевих цільових програм у разі потреби замовник може укласти договори з підприємствами, установами та організаціями в порядку, встановленому законодавством.

Регіональні та місцеві цільові програми повинні містити: визначення мети програми; обґрунтування шляхів та способів розв'язання проблеми, а також

необхідності фінансування за рахунок коштів відповідного бюджету; перелік завдань і заходів з визначенням виконавців, строків виконання, обсягів та джерел фінансування (з розбивкою за роками та виконавцями), у тому числі за рахунок бюджетних коштів; розрахунок очікуваних результатів (економічних, соціальних, екологічних тощо) виконання програми та її ефективності.

Регіональні та місцеві цільові програми виконуються шляхом здійснення їх завдань і заходів замовником, а також виконавцями, визначеними програмами. Виконавцями регіональних та місцевих цільових програм можуть бути місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, а також підприємства, установи та організації, що визначаються замовниками для виконання завдань і заходів програм відповідно до законодавства. Для виконання окремих завдань і заходів регіональних та місцевих цільових програм у разі потреби замовник може укладати договори з підприємствами, установами та організаціями в порядку, встановленому законодавством.

Завдання, заходи та показники регіональних та місцевих цільових програм: включаються до відповідних розділів програм економічного і соціального розвитку Автономної Республіки Крим, областей, районів, міст; враховуються під час складення проектів відповідних бюджетів на наступний рік шляхом визначення головними розпорядниками бюджетних коштів видатків на виконання програм. Регіональні та місцеві цільові програми виконуються за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших джерел, передбачених законом.

В сучасну епоху соціально-політичного розвитку України відкрилися нові перспективи змін в системі спеціальної освіти, пов'язані з новим ставленням до дітей з особливими освітніми потребами, з вирішенням питань їх соціалізації й інтеграції в суспільство. Нині спеціальна освіта в Україні має складну, розгалужену і диференційовану систему навчально-виховних (корекційних) закладів, реабілітаційних і медико-педагогічних центрів, навчально-виховних комплексів, спеціальних (корекційних) класів при середніх закладах освіти та ін. Розвиток системи спеціальної освіти пов'язаний з подальшою диференціацією і вдосконаленням діючої мережі корекційних закладів, відкриттям нових типів

закладів, в яких надається комплексна допомога і підтримка дітям з особливими освітніми потребами, а також з інтеграцією цих дітей в загальноосвітню школу.

Після прийняття Закону України «Про освіту» та Законі України «Про загальну середню освіту» у батьків і дітей з'явилася можливість вибору різних форм навчання (у спеціальній школі, школі-інтернаті, навчально-реабілітаційному центрі) у корекційних класах при загальноосвітній школі, дитсадку-школі, надомного навчання, у формі екстернату та ін.).

У 24 областях працюють штатні психолого-медико-педагогічні консультації, які створюють банк даних дітей з особливими потребами, що дає змогу прогнозувати розвиток мережі спеціальних навчально-виховних закладів, надавати дітям на ранній періодах розвитку корекційну допомогу, а батькам — консультативно-методичну. Водночас у зв'язку із зростанням за останні п'ять років на 22 відсотки кількості дітей з особливими потребами в різних регіонах країни (дітей із складними комплексними дефектами, різними формами затримки психічного розвитку, дитячим аутизмом, девіантною поведінкою, труднощами у навчанні і спілкуванні), щорічним збільшенням на 5—6 тис-дітей-інвалідів (нині на обліку 152,2 тис. чол.), відсутність необхідної кількості спеціальних (корекційних) закладів, кваліфікованих кадрів та ін., існуюча система спеціальної освіти» потребує якісних змін [212].

Крім того, починаючи з 30-х років спеціальні школи для дітей з порушеннями психофізичного розвитку намагались дати ідентичну з масовою школою освіту. Такий підхід обумовлений висновками радянських і зарубіжних вчених - дефектологів про надкомпенсаторні можливості розвитку дитини з фізичною й інтелектуальною недостатністю. Обґрунтовувалася ідея про те, що, наприклад, сенсорна обмеженість стимулює функціонування всіх збережених аналізаторів, особливо інтелектуальну діяльність. Це ніби дає можливість учневі вільно і успішно оволодіти програмою загальноосвітньої школи. Справа лише у виборі педагогічних технологій і тривалості навчання.

Практика навчально-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами підтвердила, що така освітня система не відповідає реальним

можливостям цих дітей. Спеціальні дослідження, проведені в Україні в останні роки, сприяють подоланню стереотипів у розумінні проблем навчання і виховання дитини з особливими потребами, відходу від концентрації уваги на ураженні. Провідною ідеєю сучасної спеціальної освіти є орієнтація на ефективне використання збережених систем та функцій, здатних взяти на себе компенсаторно-корекційне навантаження, цілеспрямований розвиток психічних процесів, які обумовлюють рівень опанування знань, умінь, навичок та відповідну освіченість дитини, її інтеграцію в суспільство.

Обґрунтовані на теоретичному рівні педагогічні умови соціальної адаптації дітей-інвалідів у регіональних центрах ранньої соціальної реабілітації (О. Глоба, В. Білоус, 2004-2008рр.) дали змогу сформувати нам регіональний стандарт соціальних послуг для дітей віком від 0 до 16 років з порушеннями розвитку та для сімей, що їх виховують. Цим стандартом визначено ключові властивості корекційно-реабілітаційних та соціальних послуг для даного контингенту: доступність, безпеку, повноту інформації, індивідуальний підхід, участь батьків у прийнятті рішень, дотримання прав дитини.

Концептуальні ідеї пропонованого стандарту базуються на положеннях Конституції України, Законах України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», на досягненнях вітчизняної і зарубіжної дефектологічної науки, на результатах експериментальних досліджень, національних традиціях нашого суспільства. Загальноосвітня підготовка учнів розглядається у поєднанні з формуванням соціально адаптованої особистості.

Існуюча в Україні система спеціального навчання і виховання орієнтується на державні вимоги до загальноосвітньої підготовки учнів. Особливості психічного і фізичного розвитку дітей обумовлюють специфіку організації, змісту, методів навчання і виховання цих дітей, виключають можливість прямого використання як програмно-методичної документації, розробленої для загальноосвітніх шкіл, так і відповідних стандартів освіти.

Розробка регіонального стандарту спеціальної освіти забезпечить дітям з порушеннями ОРА рівні можливості для отримання ранньої корекційної допомоги,

здобуття освіти. Чільне місце належить оновленню змісту спеціальної освіти. У класах інтегрованого навчання недооцінюється корекційна і соціальна спрямованість навчального процесу. Водночас при відкритті таких класів часто не враховуються три основні і обов'язкові фактори: укомплектування класів фахівцями-дефектологами відповідно до потреб дитини; забезпечення спеціальних навчально-виховних закладів відповідною навчально-методичною літературою; забезпечення дітей засобами індивідуальної корекції та оснащення класів візуальними приладами, спеціальною корекційною апаратурою і комп'ютерною технікою.

Суттєве оновлення змісту освіти у загальноосвітній школі обумовило необхідність визначення нових концептуальних підходів до спеціальної освіти, уточнення стратегії і тактики інноваційних процесів. Закріплюється варіативність змісту спеціальної освіти, її орієнтація на створення оптимальних умов для самовизначення кожного учня відповідно до його пізнавальних можливостей.

У вимоги стандарту включається зміст корекційної, реабілітаційної і абілітаційної роботи. Реалізуються вимоги гуманізації спеціальної освіти, її відкритості, соціальної орієнтації і створення умов для адаптації учня з обмеженими психофізичними можливостями й інтеграції в суспільство. Стандарт спеціальної освіти є основою для об'єктивної оцінки рівня освіти осіб з особливостями порушеннями психофізичного розвитку незалежно від форми отримання освіти і видів спеціальних освітніх послуг.

Концепція регіонального стандарту базується на розумінні особистості дитини з урахуванням закономірностей її розвитку; визначенні ступеню компенсаторно-корекційного впливу на розвиток дитини залежно від характеру та глибини ураження в умовах спеціального навчання; проектуванні віддалених цілей та результатів навчання і виховання з відповідним змістом, технологічним та матеріальним забезпеченням.

Дана Концепція стандартів поширюється на існуючі типи шкіл, на нові типи, які можуть виникнути, на всі заклади, осередки, незалежно від місця та форми навчання дітей з порушеннями ОРА. Кожен вид порушення психофізичного

розвитку потребує розробки своїх стандартів, навчальних планів, змісту, особливої компенсаторно-корекційної роботи, спеціальної методики. Проте загальні закономірності формування особистості, врахування їх при розробці компенсаторно-корекційних заходів, вироблення специфічних схем взаємозв'язків, розривів та прогалин у функціонуванні, розвитку психічних процесів хворої дитини, дозволяє визначити оптимальні шляхи впливу на особистість, забезпечити доступний зміст розвивального характеру та відповідну методику навчання.

Соціалізація дитини з порушеннями ОРА здійснюється у відповідності з оногенетично обумовленими етапами розвитку дитини, яка не має відхилень, проте із можливими змінами у тривалості конкретного етапу.

В основу розробки стандарту покладено сучасне наукове розуміння компенсації та корекції, соціальної адаптації дитини, її інтеграції в суспільство, а саме: розвиток збереженого чуттєвого сприймання, психічних функцій, які, як правило, не підлягають системній науково обумовленій стимуляції, формуванню нових механізмів, здатності до рефлексії, сенсорно-перцептивного та семантичного аналізу, взаємодії з дорослими, мовленнєвої та комунікативної діяльності з акцентуванням уваги на здатності сприймання та розуміння інформації, рухової активності, стимулювання породження позитивних емоцій тощо.

Таким чином, регіональний стандарт - це унормована система показників психофізичного розвитку і освіченості, соціалізації та інтеграції особистості з порушеннями ОРА на кожному етапі навчання з урахуванням її особливостей та потенційних можливостей, що реалізується комплексом нормативних документів, норм і вимог, які відображають специфіку освіти та вимоги і гарантії держави щодо її одержання.

Основними об'єктами регіональної стандартизації є структура, зміст, обсяг навчального матеріалу та рівень підготовленості учнів. Норми і вимоги, встановлені стандартом, є обов'язковими при визначенні рівня розвитку та освіченості кожного учня. Водночас введення стандарту відкриває широкі можливості для педагогічної творчості, створення, з урахуванням обов'язкового освітнього рівня, варіативних програм, різних технологій навчання, навчальних посібників.

Регіональний стандарт визначає певні нормативи, дотримання яких забезпечить інтеграцію особистості в систему національної та світової культури. Він включає: зміст освіти за ступенями навчання, який держава гарантує надати учневі в обсязі необхідної загальноосвітньої підготовки; вимоги до обов'язкового рівня загальноосвітньої підготовки учнів та системи показників; максимально допустимий обсяг навчального навантаження школярів за роками навчання.

Шкільна освіта має забезпечити досягнення випускником соціальної зрілості, достатньої для подальшого самовизначення і самореалізації особистості в трудовій, суспільно-політичній, культурно-дозвільній, сімейно-побутовій, освітній сферах життєдіяльності. Соціальна зрілість — досягнення рівня розвитку та освіченості, який сприятиме соціальній реабілітації та інтеграції особистості в суспільство, і відповідає її потенційним можливостям.

Головним призначенням стандарту послуг є забезпечення збереження родинного середовища виховання дитини, сприяння її найкращому розвитку, попередження інвалідності й полегшення її соціалізації.

Метою послуг безперервної комплексної реабілітації є покращення розумового і фізичного стану дітей віком від 0 до 16 років, які мають порушення психофізичного розвитку, попередження інвалідності, створення умов для інтеграції дітей у суспільство, запобігання відмови родини від дитини з обмеженими можливостями.

Послуги безперервної реабілітації можуть надавати заклади, організації та установи, незалежно від форми власності та підпорядкування, які мають відповідний дозвіл (ліцензію, сертифікат): лікувально-профілактичні заклади за місцем проживання, реабілітаційні установи, інтегровані навчально-виховні заклади, центри соціальних послуг та інші організації, відповідно до чинного законодавства України.

Зміст та обсяг соціальних послуг визначається індивідуально для кожної дитини з обмеженими можливостями. До змісту послуг обов'язково включаються:

- фахове оцінювання індивідуальних потреб дитини та родини, яка її виховує;

- розробка та корекція індивідуальних планів роботи з дитиною та родиною;
- координація роботи мультидисциплінарної команди фахівців - психолога, корекційного педагога, медичного та соціального працівника, волонтерів, батьків та осіб, що їх замінюють;
- проведення комплексної діагностики психофізичного розвитку дитини, виявлення її потенціалу й адаптаційних можливостей;
- організація та регулярне проведення (не менш ніж 3 години на тиждень) групових або індивідуальних корекційних занять;
- стимулювання пізнавальної діяльності, фізичному та емоційному розвитку, формування навичок просторового і соціально-побутового орієнтування, взаємодії з навколишнім середовищем;
- рекомендації щодо застосування спеціального адаптаційно-реабілітаційного обладнання, його підбір, сприяння у придбанні;
- навчання батьків чи осіб, що їх замінюють, методам і формам роботи з дитиною, яка має порушення у розвитку;
- надання психологічної допомоги членам родини дитини з обмеженими можливостями;
- надання своєчасної інформації батькам про хід та додаткові види соціальних послуг;
- соціальний супровід сім'ї у період надання послуг, допомога в реалізації соціальних гарантій, надання інформації про ресурси громади, представництво інтересів дитини.

Підставою для надання послуг є направлення психолого-медико-педагогічної консультації, лікаря, працівника пологового будинку, соціального працівника за місцем проживання.

Надання послуг безперервної психофізичної реабілітації базується на принципах мультидисциплінарності, командної роботи, пріоритетності сімейного виховання, комплексності, максимальної наближеності до місця проживання

дитини, дотримання етичних правил, що забезпечує адресність і якісну допомогу сім'ї та дитині.

Послуги безперервної психофізичної реабілітації та соціальної адаптації є комплексом послідовних заходів, які здійснюються поетапно і забезпечують досягнення очікуваного результату для родини та дитини з обмеженими можливостями на основі оцінки їх потреб.

Надання послуг здійснюється згідно з індивідуальним планом, який визначає цілі роботи з конкретною дитиною, відповідно результатів оцінки її потреб, напрямки та форми роботи, склад мультидисциплінарної команди фахівців для реалізації реабілітаційного процесу. Зміст, об'єм і організаційні форми послуг, регуляція взаємних відносин та відповідальності сторін визначаються та фіксуються в договорі між відповідним регіональним центром і батьками дитини з обмеженими можливостями, або особами, що їх замінюють.

З метою забезпечення комплексності та безперервності послуг дитині та родині, уникнення їх дублювання регіональний центр укладає відповідні угоди з іншими реабілітаційними, навчально-виховними, медичними та соціальними закладами й установами.

Підбір персоналу центрів здійснюється таким чином, щоб забезпечити надання якісних послуг та створити комфортні умови для дітей і батьків. Працівники центрів повинні постійно підвищувати свою кваліфікацію, для чого центри планують і підтримують регулярне навчання персоналу.

Основними критеріями для оцінки якості надання послуг безперервної психофізичної реабілітації та соціальної адаптації дитині з обмеженими можливостями є задоволення батьків, відповідність послуг індивідуальному плану, динаміка емоційного, психофізичного стану дитини, економічна ефективність послуг. Основним показником результативності наданих послуг є переведення дитини до інклюзивного, інтегрованого навчально-виховного закладу, підготовка її до адаптивної праці; батьки дитини, або особи, що їх замінюють, забезпечуються необхідною інформацією для свідомого вибору і прийняття рішення щодо продовження реабілітаційного процесу, вони готові до виконання функцій

виховання та опіки дитини з порушеннями розвитку; діти, батьки та фахівці відчують, що до них та їхніх потреб суспільство ставиться з повагою і розумінням; дитина виховується в родині, розвивається згідно власного потенціалу, включена в соціальне середовище спілкування однолітків, де задовольняються її специфічні та емоційні потреби, забезпечується формування активної життєвої позиції дитини з обмеженими можливостями.

Нині спеціальна освіта в Україні має складну, розгалужену і диференційовану систему навчально-виховних (корекційних) закладів, реабілітаційних і медико-педагогічних центрів, навчально-виховних комплексів, спеціальних (корекційних) класів при середніх закладах освіти та ін. Розвиток системи спеціальної освіти пов'язаний з подальшою диференціацією і вдосконаленням діючої мережі корекційних закладів, відкриттям нових типів закладів, в яких надається комплексна допомога і підтримка дітям з особливими потребами, а також з інтеграцією цих дітей в загальноосвітню школу.

Існуюча в Україні система спеціального навчання і виховання орієнтується на державні вимоги до загальноосвітньої підготовки учнів. Особливості психічного і фізичного розвитку дітей обумовлюють специфіку організації, змісту, методів навчання і виховання цих дітей, виключають можливість прямого використання як програмно-методичної документації, розробленої для загальноосвітніх шкіл, так і відповідних стандартів освіти. Державний стандарт спеціальної освіти забезпечує дітям з особливими освітніми потребами (з порушеннями зору, слуху, з мовною патологією, з розумовою недостатністю, затримкою психічного розвитку, дитячим церебральним паралічем) рівні можливості для отримання ранньої корекційної допомоги, здобуття освіти.

З метою надання спеціальної допомоги таким дітям простежується тенденція створення різних навчально-виховних закладів (діагностично-реабілітаційні або навчально-реабілітаційні центри, дитсадки-школи-інтернати, навчально-виховні комплекси, класи інтегрованого навчання та ін.).

Сучасний розвиток суспільства, соціалізація і інтеграція учнів з відхиленнями у розвитку потребують суттєвого оновлення системи спеціальної освіти, її форм і

змісту, введення нових педагогічних підходів і інноваційних технологій, психологічного супроводу навчального процесу, а також нових комплексних програм розвитку особистості дитини і її найбільш ефективною і оптимальною соціально-трудою адаптації.

Основними завданнями спеціальних освітніх стандартів є: створення необхідних умов для розвитку особистості дитини з максимальним використанням її потенційних можливостей; забезпечення розвитку психічних функцій, сенсорних систем збереження і зміцнення фізичного здоров'я дітей; забезпечення змістової і методичної наступності на різних ступенях навчання; розробка різних варіантів навчання в межах початкової, основної і середньої школи для різних категорій дітей залежно від їх потенційних можливостей і збережених функцій; розробка змісту державного, корекційного і шкільного компонентів базового навчального плану для різних типів спеціальних освітніх закладів, визначення засобів соціалізації та адаптації, основних принципів корекційного навчання, змісту спеціальних педагогічних технологій; підготовка інституту сім'ї, надання батькам допомоги і підтримки у вихованні дитини.

Принципи побудови стандарту освіти для дітей з порушеннями ОРА: гуманізація освіти, її відкритість, що сприятиме створенню таких умов, які допоможуть дітям з проблемами в розвитку задовольнити їх потреби, виходячи з реальних можливостей особистості і вимог суспільства; гнучкість освітньої системи дозволяє отримати освіту відповідно до потенційних можливостей особистості; варіативність навчальних планів, освітніх програм та технологій навчання сприятиме включенню дітей з особливими потребами у відповідну освітню систему. Вона дає можливість працювати за певною програмою, але в різному темпі на декількох рівнях: будь-яка дитина може отримати освіту відповідно своїх пізнавальних можливостей (всі три ступені; обмеження одним ступенем); оволодіти різними професіями, залежно від власного вибору, ступеня освіти, індивідуальних можливостей, допрофесійної підготовки; безперервність і наступність освіти забезпечується від дошкільного до шкільного і позашкільного навчання. Безперервна освіта передбачає мережу пов'язаних між собою навчально-виховних

закладів, забезпечує взаємозв'язок і наступність програм, створює простір для різного характеру компенсаторно-корекційних послуг з урахуванням етапів розвитку дитини та характеру взаємодії сім'ї, школи, однолітків. Вона включає компоненти адаптації та соціалізації, досвід, практично-побутові, професійні уміння та навички, спілкування, навчально-пізнавальну діяльність; компенсаторно-корекційна спрямованість передбачає розуміння закономірностей в розвитку дитини з особливими потребами, пріоритетність розвитку психічних процесів та функцій у зв'язку з опануванням знань; психолого-педагогічне супроводження на всіх етапах, соціальна захищеність - це індивідуальна допомога дитині в процесі її становлення, гарантування державними інституціями права на працю, підготовка суспільства до сприйняття особи з особливостями в розвитку; адаптація і інтеграція в сучасному світі — це соціалізація відповідно до змісту загальноосвітньої та відповідної індивідуальної програми; диференційований та індивідуальний підхід у спеціальних закладах пов'язаний з особливостями і структурою порушень в розвитку, вибором типу школи, освітньої програми, технологій навчання.

Педагогічні кадри, які здатні реалізувати освітні програми за відповідним ступенем і варіантом навчання, повинні мати спеціальну освіту або не спеціальну, підкріплену сертифікатом спеціальної підготовки. Передбачається підготовка і перепідготовка педагогів відповідно до вимог, завдань і змісту освітнього стандарту для спеціальних закладів.

Лікування, реабілітаційна і абілітаційна робота передбачає своєчасну діагностику, поєднання психолого-педагогічної допомоги з використанням лікувальних препаратів, оздоровчих заходів, загальнозміцнюючих процедур та ін. У державному стандарті освіти виділяються три ступені освіти (початкова, основна і середня школа). В межах кожного ступеня виділено по декілька варіантів залежно від складності структури відхилення в розвитку. З метою еквівалентності освіти подібних категорій дітей з особливими потребами, які мають різні умови навчання (спеціальна школа-інтернат чи школа, інтегроване навчання в загальноосвітній школі чи класі, надомне навчання, екстернат, навчально-реабілітаційний центр), розробляється вісім базових навчальних планів для кожного типу закладу (для дітей:

глухих, сліпих, зі зниженим слухом, зі зниженим зором, розумове відсталих, з затримкою психічного розвитку, важкими порушеннями мови, наслідками поліомієліту і церебральним паралічем).

Таким чином, концепція стандарту освіти для дітей з обмеженими психофізичними можливостями передбачає зміну змісту спеціальної освіти відповідно до вимог суспільства, його соціально-економічних умов, а головне - може сприяти розвитку, освіченості учня з урахуванням його потенційних можливостей, максимально повно адаптувати і інтегрувати випускника спеціального (корекційного) закладу в сучасному світі [134].

Професійно-трудове навчання - один з найбільш важливих напрямів роботи з такими дітьми, що передбачає оволодіння певними професійними навичками, кваліфікацією, виходячи з власних функціональних можливостей і інтересів.

Обґрунтовані нами на теоретичному рівні педагогічні умови соціальної адаптації та професійної орієнтації дітей-інвалідів у регіональних центрах ранньої соціальної реабілітації дали змогу сформувавши регіональний стандарт соціальних послуг з професійної орієнтації для дітей віком від 14 до 18 років з порушеннями розвитку та сімей, що їх виховують. Цим стандартом визначено ключові властивості соціальних послуг для даного контингенту: доступність, безпеку, повноту інформації, індивідуальний підхід, участь батьків у прийнятті рішень, дотримання прав дитини.

Головним призначенням послуг є забезпечення збереження родинного середовища виховання дитини, сприяння її найкращому розвитку, попередження інвалідності й полегшення її соціалізації через заходи професійної орієнтації та трудової реабілітації.

Метою послуг безперервної комплексної реабілітації є покращення розумового і фізичного стану дітей віком від 14 до 18 років, які мають порушення психофізичного розвитку, попередження інвалідності, створення умов для інтеграції дітей у суспільство, запобігання відмови родини від дитини з обмеженими можливостями. Послуги безперервної реабілітації можуть надавати заклади, організації та установи, незалежно від форми власності та підпорядкування, які

мають відповідний дозвіл (ліцензію, сертифікат): лікувально-профілактичні заклади за місцем проживання, реабілітаційні установи, інтегровані навчально-виховні заклади, центри соціальних послуг та інші організації, відповідно до чинного законодавства України.

Зміст та обсяг соціальних послуг визначається індивідуально для кожної дитини з обмеженими можливостями. До змісту послуг обов'язково включаються:

- фахове оцінювання індивідуальних потреб дитини та родини, яка її виховує;
- розробка та корекція індивідуальних планів роботи з дитиною та родиною;
- координація роботи мультидисциплінарної команди фахівців – психолога, корекційного педагога, медичного та соціального працівника, волонтерів, батьків та осіб, що їх замінюють;
- проведення комплексної діагностики психофізичного розвитку дитини, виявлення її потенціалу й адаптаційних можливостей;
- організація та регулярне проведення (не менш ніж 3 години на тиждень) групових або індивідуальних корекційних занять;
- стимулювання пізнавальної діяльності, фізичному та емоційному розвитку, формування навичок просторового і соціально-побутового орієнтування, взаємодії з навколишнім середовищем;
- рекомендації щодо застосування спеціального адаптаційно-реабілітаційного обладнання, його підбір, сприяння у придбанні;
- навчання батьків чи осіб, що їх замінюють, методам і формам роботи з дитиною, яка має порушення у розвитку;
- надання психологічної допомоги членам родини дитини з обмеженими можливостями;
- надання своєчасної інформації батькам про хід та додаткові види соціальних послуг;

- соціальний супровід сім'ї у період надання послуг, допомога в реалізації соціальних гарантій, надання інформації про ресурси громади, представництво інтересів дитини.

Надання послуг здійснюється згідно з індивідуальним планом, який визначає цілі роботи з конкретною дитиною, відповідно результатів оцінки її потреб, напрямки та форми роботи, склад мультидисциплінарної команди фахівців для реалізації реабілітаційного процесу. Зміст, об'єм і організаційні форми послуг, регуляція взаємних відносин та відповідальності сторін визначаються та фіксуються в договорі між відповідним регіональним центром і батьками дитини з обмеженими можливостями, або особами, що їх замінюють.

З метою забезпечення комплексності та безперервності послуг дитині та родині, уникнення їх дублювання регіональний центр укладає відповідні угоди з іншими реабілітаційними, навчально-виховними, медичними та соціальними закладами й установами регіону.

Підбір персоналу центрів здійснюється таким чином, щоб забезпечити надання якісних послуг та створити комфортні умови для дітей і батьків. Працівники центрів повинні постійно підвищувати свою кваліфікацію, для чого центри планують і підтримують регулярне навчання персоналу.

Основними критеріями для оцінки якості надання послуг безперервної професійної орієнтації та соціальної адаптації дитини з обмеженими можливостями є задоволення батьків, відповідність послуг індивідуальному плану, динаміка емоційного, психофізичного стану дитини, економічна ефективність послуг. Основним показником результативності наданих послуг є переведення дитини до інклюзивного, інтегрованого навчально-виховного закладу, підготовка її до адаптивної праці; батьки дитини, або особи, що їх замінюють, забезпечуються необхідною інформацією для свідомого вибору і прийняття рішення щодо продовження реабілітаційного процесу, вони готові до виконання функцій виховання та опіки дитини з порушеннями розвитку; діти, батьки та фахівці відчують, що до них та їхніх потреб суспільство ставиться з повагою і розумінням; дитина виховується в родині, розвивається згідно власного потенціалу,

включена в соціальне середовище спілкування однолітків, де задовольняються її специфічні та емоційні потреби, забезпечується формування активної життєвої позиції дитини з обмеженими можливостями.

Вважаємо, що збільшення дітей з обмеженими можливостями у загальноосвітніх закладах (Рис.5.2), підвищення рівня їх професійної орієнтації та соціальної адаптації, поліпшення процесу формування їх життєвої компетентності, пов'язано з такими чинниками: із введенням у регіоні системи раннього виявлення дітей, які потребують соціально-педагогічного супроводу, з раннім втручанням у процес їх психофізичного розвитку і отриманням на цій основі вищих показників реабілітованості та соціальної адаптованості; з підвищенням якості роботи з дітьми з обмеженими психофізичними можливостями, що є результатом набутого досвіду, підвищення фахової майстерності та формування спеціальної етичної компетентності педагогів; зі зміцненням матеріальної бази мережі навчально-виховних закладів та створенням регіонального реабілітаційного середовища.

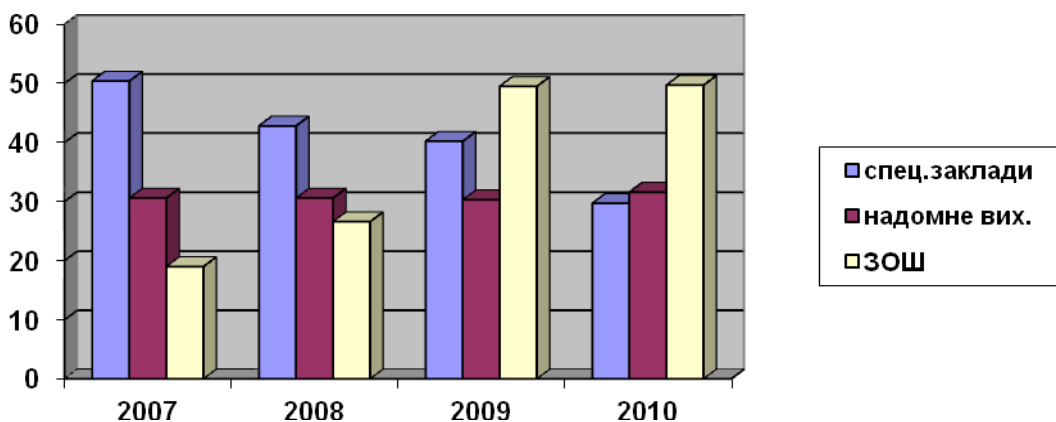


Рисунок 4.2. Суб'єкти регіонального реабілітаційного середовища, в яких було організовано реалізацію авторської програми

Результати наших досліджень підтвердили відповідність гіпотетичних припущень про те, що процес соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями буде успішним при розробці і впровадженні в практику суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища спеціальних педагогічних технологій, механізмів їх реалізації, які спираються на особистісно

орієнтований підхід до процесу комплексної реабілітації осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

ВИСНОВКИ

Аналітичне зіставлення результатів актуального для теорії і практики спеціальної освіти та реабілітології дослідження проблеми соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах спеціально створеного регіонального корекційно-реабілітаційного середовища, з окресленими завданнями наукового пошуку дозволяє вважати мету дослідження досягнутою і зробити такі висновки.

1. Сучасний етап розвитку світової та вітчизняної філософії освіти, педагогіки та психології вимагає звернути увагу науковців на проблему комплексної реабілітації, інтеграції та соціалізації осіб з вадами психофізичного розвитку у зв'язку з актуалізацією гуманізації соціального середовища, демократизації в аксіологічних орієнтирах держави та суспільства. Обґрунтовані методологічні, природничо-наукові, психолого-педагогічні та дефектологічні засади вивчення проблеми соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату в Україні та за її межами, охарактеризовані основні категорії теорії розвитку, соціальної адаптації, корекційно-реабілітаційної роботи та соціалізації осіб з порушеннями ОРА. Водночас підкреслюється надзвичайна складність дослідження проблеми соціалізації дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату у зв'язку з багатofакторною структурою цього процесу, суперечливістю підходів до проблеми комплексної абілітації, реабілітації та соціалізації осіб з вадами психофізичного розвитку, системності питань реабілітування, інтеграції та соціалізації, недостатньою розробленістю корекційно-реабілітаційних технологій, науково обґрунтованих теоретичних концепцій щодо особливостей психофізичного розвитку та соціалізації таких осіб з урахуванням існуючих соціально-економічних умов регіонів.

Усебічний аналіз різних наукових підходів до корекційно-реабілітаційної діяльності з особами, які мають порушення ОРА, як з позицій корекційної педагогіки, так і суміжних наук, дозволив визначити, що соціалізація дітей і молоді з порушеннями опорно-рухового апарату – це сукупність діагностичних, медичних, психолого-педагогічних заходів, особливий вид соціально-значущої діяльності, яка

полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем осіб даної категорії і ґрунтується на індивідуально орієнтованій допомозі та співробітництві суб'єктів корекційно-реабілітаційної роботи з метою реалізації прав цих осіб на повноцінний розвиток, самовизначення та самореалізацію.

Педагогічний смисл соціалізації відображається, по-перше, у створенні сприятливих умов адекватного корекційно-реабілітаційного середовища, необхідного для розвитку та саморозвитку осіб з порушеннями ОРА, розкриття й реалізації їх внутрішніх сил, формування у них здібностей до самостійних дій і вільного вибору; по-друге, в активній допомозі мультидисциплінарного колективу спеціалістів, батьків і членів сім'ї, інших суб'єктів корекційно-реабілітаційної діяльності у вирішенні проблем навчання, виховання, спілкування, самовизначення дітей і молоді з вадами опорно-рухового апарату.

У практичному контексті соціалізація осіб з порушеннями ОРА представлена на трьох рівнях. На першому йдеться про формування державної політики у галузі навчання, виховання, адаптації та інтеграції осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в сучасне суспільство; на другому – про створення відповідних регіональних програм і проектів, моделей і систем соціалізації дітей і молоді з вадами ОРА; на третьому – про ефективні механізми їх реалізації на особистісному рівні у відповідності з ідеями корекційно-реабілітаційної діяльності та психолого-педагогічного супроводу даного контингенту осіб.

2. Аналіз експериментальних робіт у галузі корекційної педагогіки та психології дозволив розвинути концепцію наявності загальних і специфічних закономірностей психофізичного розвитку осіб з порушеннями ОРА. Загальні особливості осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату обумовлені тим, що провідним є руховий дефект (недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій). Частина осіб з такою патологією не мають порушень у розвитку пізнавальної діяльності та не потребують спеціально організованого навчання і виховання. Але практично усі такі особи потребують особливих умов для життя, навчання й наступної трудової діяльності.

Особи з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як об'єкти соціалізації, потребують обґрунтованого корекційно-реабілітаційного втручання: надання медичної, психологічної, педагогічної, логопедичної та соціальної допомоги, забезпечення максимально повної соціальної адаптації, загального й професійного навчання. Дуже важливим є розвиток їх позитивного ставлення до життя, суспільства, родини, навчання й праці.

3. Зміст, технології та регіональні особливості процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату представлено в дисертації в контексті розробленої регіональної системи, в основі якої лежить відповідна державна модель, а також прийняті в регіоні загальні орієнтири, традиції її реалізації. Такими орієнтирами для регіону є: розуміння проблем осіб з порушеннями опорно-рухового апарату не як медичних, а як психолого-педагогічних і соціальних; комплексний підхід до використання можливостей регіону; цільовий, комплексний характер соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

4. Доведено, що особливість дослідження процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату полягає в її запровадженні в умовах створеного регіонального корекційно-реабілітаційного середовища, яке у дослідженні виступає могутнім чинником соціальної адаптації та інтеграції особи, що визначає специфіку та можливості органів місцевого самоуправління в реалізації соціальної політики держави на регіональному рівні. Регіональне корекційно-реабілітаційне середовище сприймається як середовище, у якому створені адекватні умови щодо забезпечення процесу реабілітації протягом всього життя людини з інвалідністю, реалізація якого здійснюється за допомогою реабілітаційних технологій і складається з самих елементів (суб'єктів) системи соціалізації, що включає в себе реабілітаційні установи, родину, соціально-культурне оточення людини, побутову сферу, освітні заклади, засоби масової інформації тощо.

5. Обґрунтована стратегія формування змісту та форм соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, яка базується на ідеї особистісно орієнтованої спрямованості, а її сутність полягає в активізації розвитку, самореалізації та самовдосконалення осіб цієї категорії. Вибір і використання змісту

та форм соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату заснований на трьох взаємодоповнюючих підходах: інтеграції й оптимізації співвідношення соціальних і педагогічних аспектів, внутрішніх та зовнішніх чинників, рівневої стратегії їх використання з урахуванням наявного рівня обмеження можливостей психофізичного розвитку. Зміст процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату забезпечував не тільки активну діяльність усіх її суб'єктів, але й саморозвиток та самореалізацію особи з порушеннями ОРА.

Розроблений у ході дослідження механізм реалізації регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату складається з такої сукупності дій: здійснення діагностики дитячого і молодіжного середовища взагалі та дітей з вадами ОРА зокрема, виявлення мети та пріоритетних напрямків діяльності регіонального рівня; розробка стратегічних і тактичних заходів щодо практичної реалізації регіональної програми дій. Механізм реалізації регіональної програми соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату враховував її структурованість (сектори та напрямки діяльності); рівні здійснення (обласний, міський (районний), навчально-виховного або реабілітаційного закладу).

6. Ефективне функціонування розробленої регіональної системи соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату забезпечив програмно-цільовий підхід до її управління як сукупність послідовних впливів на планування, організацію, керівництво та контроль з метою досягнення оптимального режиму спільних дій. Провідними засобами створення програмно-цільового підходу до організації процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату були: комплексне планування всіх напрямків роботи; конкретизація завдань, змісту, форм і методів; особистісно орієнтовані та системні підходи; інтеграція зусиль обласного - міського - районного - навчально-виховного та реабілітаційного закладу рівнів. Програмно-цільовий підхід щодо організації соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату передбачає вироблення управлінських рішень на підставі демократизму; орієнтацію реалізації всієї сукупності інновацій на результат, а не на процес; вибір випереджального характеру управлінського впливу. Упорядкованість, наукова обґрунтованість, активний характер обласного рівня системи соціалізації осіб з

порушеннями опорно-рухового апарату сприяли активізації відповідної діяльності на рівні міст, районів, навчально-виховних і реабілітаційних закладів.

Центральним ланцюгом цільової підготовки та перепідготовки фахівців щодо здійснення соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату стало формування спеціальної професійної компетентності, яка є результатом трьох системних компонентів (соціокультурного, предметного й професійно-суб'єктного), кожний з яких розглядається у дослідженні як комплекс психолого-педагогічних умов, що забезпечують навчально-пізнавальну й комунікативну діяльність фахівців у взаємодії трьох взаємозалежних компонентів – змістовного, особистісного та операційно-процесуального.

7. Аналіз наукової літератури і результати власних досліджень дозволили встановити, що для забезпечення успіху процесу інтеграції осіб з порушеннями ОРА в сучасне суспільство та їх соціалізації необхідно використовувати такі методи, які характеризувалися б одночасним впливом як на соматичну, так і психічну категорії, на фізичний та психічний аспекти реабілітації, сприяли б підвищенню тонусу і тренуваності усього організму, впевненості у поновленні своїх сил, удосконалювали б рухові навички та нейрогуморальну регуляцію функцій основних систем, були б природними та біологічними. Методом, який відповідає цим вимогам, є корекційна фізична культура як соціальний феномен, метою якого є налагодження і зміцнення соціальних зв'язків людини, що раніше мала обмежений доступ в соціальний процес, залучення його до повноцінного життя, наповненого новим сенсом і емоціями, тобто фізкультура, адаптована до особливостей людей з порушеннями психофізичного розвитку.

8. Аналіз результатів, отриманих за допомогою розробленої системи критеріїв, показав стійку динаміку росту показників адаптованості та інтегрованості даного контингенту, загального рівня розвитку дітей і молоді з порушеннями ОРА, їх соціалізації у сучасному суспільстві. Обґрунтовані на теоретичному рівні педагогічні умови соціалізації дітей і молоді з порушеннями ОРА дали нам змогу сформулювати регіональний стандарт корекційно-реабілітаційних послуг для дітей віком від 0 до 16 років з порушеннями розвитку та для сімей, що їх виховують.

Цим стандартом визначено ключові властивості корекційно-реабілітаційних та соціальних послуг для даного контингенту: доступність, безпеку, повноту інформації, індивідуальний підхід, участь батьків у прийнятті рішень, дотримання прав дитини. Головним призначенням послуг є забезпечення збереження родинного середовища виховання дитини, сприяння їй найкращому розвитку, попередження інвалідності й полегшення її соціалізації.

Метою послуг безперервної комплексної реабілітації та соціалізації є покращення розумового і фізичного стану здоров'я дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату, попередження інвалідності, створення умов для інтеграції дітей у суспільство, запобігання відмови родини від дитини з обмеженими психофізичними можливостями.

Експериментально-дослідна робота дозволила, по-перше, обґрунтувати педагогічні умови та програму соціалізації осіб з порушеннями ОРА в умовах корекційно-реабілітаційного середовища. По-друге, розробити індивідуальні програми комплексної корекції вад їх психофізичного розвитку на основі спільної праці багатопрофільного колективу спеціалістів. По-третє, визначити місце і роль кожного з учасників корекційно-реабілітаційної діяльності, передбаченої відповідною програмою, які полягають у: підборі корекційно-побутових, розвивальних та навчальних ігор для розвитку життєвої компетентності дітей з порушеннями ОРА, оволодіння ними навичками навчальної діяльності, вмінням долати труднощі, самостійно виконувати завдання; сприянні творчого розвитку дітей з порушеннями ОРА, організації змістовного дозвілля, відпочинку та оздоровлення; формуванні активності й самостійності дітей; організації консультування батьків дітей з порушеннями опорно-рухового апарату з метою активної участі останніх у корекційно-реабілітаційній роботі; налагодженні безперервного зв'язку із соціальними службами та громадськими організаціями, які за своїм статутом займаються справами інвалідів та осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Розвиток вітчизняної сфери організації та надання корекційно-реабілітаційних послуг особам з вадами опорно-рухового апарату можливий за умов реалізації

деталізованого, діючого упродовж всього життя таких осіб, реабілітаційного моніторингу та менеджменту відповідно світовим стандартам.

Наукова розробка зазначених проблем буде сприяти подальшому вдосконаленню процесу соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, підготовці їх до творчої самореалізації.

ДОДАТКИ

Додаток А

Оцінка рухових функцій дитини – інваліда:

П. І. П. Дата і рік народження, діагноз, дата проведення оцінювання, реабілітолог

Фізичний розвиток: довжина тіла, маса тіла, окружність грудної клітини.

Функціональний стан організму: ЧСС (уд/хв.); АТ (максимальний); АТ (мінімальний).

Функціональна можливість м'яза чи м'язової групи:

Функція, що відповідає нормальній	5
Можливість переборювати значний опір (протидія)	4
Можливі рухи у вертикальній площині з подоланням маси нижче лежачої ланки кінцівки	3
Можливі рухи в горизонтальній площині з подоланням сили тертя	2
Можливі рухи в горизонтальній площині на підвісах (тобто за умови усунення сили тертя)	1
Параліч, рухи неможливі	0

Додаток Б

Контрольні тести для оцінки рухових розладів:

Контрольні рухи для верхньої кінцівки:

Контрольні рухи для нижньої кінцівки та тулуба.

Визначення об'єму м'язової сили й амплітуди рухів.

Пасивне дослідження застосовують для виявлення контрактур і туго рухливості у досліджуваних суглобах, легко визначити повний (100 %) обсяг рухів, часткові порушення (75, 50 %), грубе порушення (25 % і менше). Активне дослідження проводять з орієнтуванням на таблиці, враховують два основних фактори, що перешкоджають нормальній амплітуді активного руху: тонічне (спастичне) напруження м'язів і їхня слабкість (парез). Амплітуда рухів визначається у градусах (кутоміром чи спеціальною градуйованою сіткою) чи у відсотках стосовно максимального об'єму рухів і нормальної сили м'язів (100, 75, 50, 25 %).

Додаток В

Неврологічні шкали оцінки якості реабілітації (Індекс Бартела).

ПРИЙОМ ЇЖИ – від 10 до 0.

ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА – від 5 до 0.

ОДЯГАННЯ - від 10 до 0.

ПРИЙОМ ВАННИ - від 5 до 0.

КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ - від 20 до 0.

КОНТРОЛЬ АКТУ ДЕФЕКАЦІЇ - від 20 до 0.

ВІДВІДУВАННЯ ТУАЛЕТУ - від 10 до 0.

ВСТАВАННЯ З ЛІЖКА - від 15 до 0.

ПЕРЕМІЩЕННЯ - від 15 до 0.

ПІДЙОМ ПО СХОДАХ - від 10 до 0.

Сума балів від 0 до 20 відповідає повній залежності хворого, 21 до 60 - вираженій залежності, від 61 до 90 – помірній, від 91 до 99 – легкій залежності. Максимальна сума балів, що відповідає повній незалежності в повсякденному житті – 100 балів.

Шкала незалежного функціонального вимірювача.

Рухові функції, Самообслуговування - *Максимальна сума балів – 91, по 7 балів на кожену відповідь.*

Інтелектуальні здібності, Спілкування - *Максимальна сума балів – 35, по 7 балів на кожену відповідь.*

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко М.Л. Діяльність Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів у світлі реалізації Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями: Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні проблеми професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів». - Київ, 2003.– С. 48-57.
2. Авраменкова В.В. Детское сознание и проблемы демонизации / В.В. Авраменкова // Вопр. Психологи. – 2001. - № 10.
3. Агеев Е.Д. Система реабилитации слепых/Е.Д.Агеев.-М.-ВОС.,1981.-84 с
4. Агеев Е.Д. Организационно-педагогические основы социально-трудовой реабилитации лиц с глубоким нарушением зрения: Автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук. - Л.,1984. - С. 20.
5. Азарський І. М. Дитячий церебральний параліч, надбана слабозумовість та педагогічна занедбаність: соціально-реабілітаційні аспекти для профільних хворих в суспільстві / І. М. Азарський, О. О. Азарська. – 2 вид., доп. – Хмельницький : ВАТ „Вид-во „Поділля”, 2002. – 159с.
6. Азарський І. М. Комплексна реабілітація інвалідів дитинства: монографія / І. М. Азарський, О. О. Азарська, В. М. Колосов, М. Є. Чайковський. – К.: ун-т „Україна”, 2008. – 314 с.
7. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Акатов Л. И. — М. : ВЛАДОС, 2003. — 368 с.
8. Алефиренко В. М. Конспект лекцій по дисципліні „Інженерна психологія” / В. М. Алефиренко. – Минск, 2007. – 230 с.
9. Аксенова Л. И. Правовые основы специального образования и специальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л. И. Аксенова // Дефектология. –1997. – № 1. – С. 3-10.
10. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. завед. /Аксенова Л. И. – М. : Академия, 2001. – 192 с.

11. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : в 2 т. / Б. Г. Ананьев. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1. – 288 с.
12. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев. – М. : Наука, 1977. – 380 с.
13. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М. : Медицина, 1975. – 446 с.
14. Анастаси А. Психологическое тестирование: кн. 2 / Под. Ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского – М.,1982.
15. Антонюк С. Д. Комплексная реабилитация детей дошкольного возраста, имеющих стойкие отклонения в состоянии здоровья : учебное пособие / С. Д. Антонюк. – Тамбов : ТГУ, 2002. – 132 с.
16. Архипова С. П. Соціальна педагогіка : навчально-методичний посібник / С. П. Архипова, Г. Я. Майборода.–Черкаси–Ужгород: Мистецька лінія, 2002. – 268 с.
17. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоровье, 1988. – 316 с.
18. Барулин В. С. Социальная философия : учебник / В. С. Барулин. – Изд. 2-е. – М. : ФАИР-ПРЕСС, 2000. – 560 с.
19. Баудиш В. Сущность коррекционно-воспитательной работы во вспомогательной школе // Дефектология. -1978. - № 3. - С. 42-54.
20. Безпалько О. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми обмежених функціональних можливостей : методичні рекомендації / Безпалько О., Едель С. ; за ред. Капської А. Й. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. –32 с.
21. Беляева Л.А., Беляева М.А. Категории «социальная работа» и «социально-педагогическая деятельность» в их взаимосвязи//Понятийный аппарат педагогики и образования:Сб.науч.тр./отв.ред. М.Галагузова.– Екатеринбург, 1998.
22. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. – М. : Медицина, 1966. – 349 с.
23. Бех І. Д. Виховання особистості: У 2 кн. – Кн.. 2: Особистісна-орієнтований підхід: науково-практичні засади/ Бех І. Д. – К.: Либідь, 2003. – 344 с.

24. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Божович Л. И. – М. : Просвещение, 1967. – 464 с.
25. Божович Л. И. Проблемы формирования личности // Под ред. Д. И. Фельдштейна. 2-е изд. М. : Из-во „Институт практической психологии”, Воронеж : НПО „МОДЭК”, 1997. – 352 с.
26. Большая медицинская энциклопедия. Т 22 \ Под ред. Б. В. Петровского, И.П.Лидова. – М.: “Советская энциклопедия”, 1984. – с. 30-35.
27. Бондар В. І. Спеціальне навчання: забезпечення та реалізація принципу рівних можливостей / Бондар В. І. // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. – К. : ІЗМН, 1998. – Ч. І. – С. 71-78.
28. Бондарь В. И. Реабилитация детей-инвалидов – общегосударственная проблема / Бондарь В. И. // Вопросы курортологии, физиотерапия и ЛФК. – 1995. – № 3. – С. 22-25.
29. Бондар В. І. Мета і завдання трудового виховання в допоміжній школі // Трудове виховання учнів допоміжної школи. - К.: Рад. шк., 1984.- С 6-16.
30. Бондаренко Г. И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей / Бондаренко Г.И. // Дефектология. – 1977. – № 11. – С. 15-23.
31. Бондар В. І. Вчителю про дітей, які мають труднощі в навчанні / В. І. Бондар. // Початкова школа, 1995. – № 10-11. – С. 6-9.
32. Бондаренко Е. С. Современные подходы к патогенезу и реабилитации при заболеваниях нервной системы у детей / Бондаренко Е. С. // Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 107-108.
33. Борытко Н.М. Пространство воспитания: образ бытия: Монография / Науч. ред. Н. К. Сергеев. – Волгоград: Перемена, 2000. – 225 с.
34. Брезе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах; Пер.с нем. - М.: Медицина, 1981. - 240 с.
35. Будинкова Л. Г. Из опыта обучения детей с синдромом Дауна / Будинкова Л. Г. // Дефектологи. – 1997. – № 6. – С. 19-20.
36. Буюева Л. П. Социальная среда и создание личности / Буюева Л. П. – М. : МГУ, 1968. — 164 с.

37. Бусел В. Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 / Уклад. В. Т. Бусел. – К. ; Ірпін ь: Перун, 2007. – 1736с.
38. Василькова Ю. В. Работа социального педагога с больным детьми / Василькова Ю. В. // Методика и опыт работы социального педагога. – М. : Академия, 2001. – С. 131-143.
39. Вегнер А. А. Воспитание и обучение : дошкольный возраст / Вегнер А. А. – М. : Просвещение, 1969. – 364 с.
40. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации / Веденина М. Ю. // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 31-40.
41. Велиханова Н. Ф. Психолого-педагогическая реабилитация социально дезадаптированных детей и младших подростков в условиях школы-интерната / Велиханова Н.Ф. – Коломна : [б. и.], 2000. – 224 с.
42. Вернер Дэвид. Реабилитация детей-инвалидов / Вернер Дэвид. – М. : Филантроп, 1995. – 654 с.
43. Висоцька А. Вивчення особливостей корекційно-виховного процесу у спеціальних школах-інтернатах / Висоцька А.// Дефектологія.– 2001.– №2– С. 13-17.
44. Вихляев Ю. М. Реабілітаційні технології і технічні засоби відновлення людей з обмеженими фізичними можливостями (на прикладі сліпих). Навчальний посібник / Ю. М. Вихляев. – К.: НТУУ «КПІ». – Вінниця : ФОП «Рогальська І.О.», 2012.- 143 с.
45. Вихляев Ю. М. Технології розвитку фізичних якостей і і підготовленості сліпих учнів/ Ю.М.Вихляев// Вісник Запорізького національного університету: Збірник наукових праць. Фізичне виховання та спорт :ЗНУ, 2012.–№2 (7). – С. 5-13.
46. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї / за ред. Л. П. Фалінської. – К. : УДЦССМ, 2004. – 84 с.
47. Власова Т. А. Дети с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : [б. и.], 1973. – 256 с.
48. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Власова Т. А., ПевзнерМ. С. – М. : Просвещение, 1967. – 208 с.

49. Вовканич А.С., Трач В.М., Тупайло Г.В. Програма підготовки спеціалістів-реабілітологів./Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.– К.: А.Л.Д., 1995.
50. Возрастная и педагогическая психология. / Под ред. А. В. Петровского. – М. : Просвещение, 1973.
51. Воспитательная работа во вспомогательной школе / Под ред. В. Ф. Мачихиной. - М.: Просвещение, 1980. - 163 с.
52. Всемирная программа действий в отношении инвалидов [Электронный ресурс]: [принята резолюцией 37-52 Генеральной ассамблеи ООН 3 декабря 1982г.] – Режим доступа: <http://www.un.org/russian/document/declarat/prog1.pdf>
53. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : навч.-метод.посіб. – К. :ГЕРБ, 2007. – 288 с.
54. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский ; под ред. В. В. Давыдова. — М. : Педагогика, 1991. — 480 с.
55. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования / Выготский Л. С. – М. : Просвещение, 1956. – С. 450.
56. Выготский Л. С. Психологические основы формирования личности в педагогическом процессе / Выготский Л. С. // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 2. – 368 с.
57. Выготский Л.С. Основы дефектологии. М.: Педагогика // Собр. соч. в 6 т. - 1982.- т. 5 – 368 с.
58. Выготский Л. С. Дефект и сверхкомпенсация / Л. С. Выготский. – Спб. : Из-во Лань, 2003. – С.60-80.
59. Выготский Л. С. К психологии и педагогике детской дефективности. / Л. С. Выготский. – Спб. : Из-во Лань, 2003. – С.99-128.
60. Выготский Л. С. Педология подростка. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://ido.rudn.ru/psychology/age_psychology/ch9_2.html
61. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма.–Ростов н/Д:Изд-во Ростовского ун-та,1990.–224 с.

62. Герцен Г. И. Реабилитация детей с поражением опорно-двигательного аппарата в санаторно-курортных условиях / Герцен Г. И., Лобенко А. А. – М. : Медицина, 1991. – 272 с.
63. Гершунский Б. С. Философия образования для XXI века (в поисках практико-ориентированных образовательных концепций) / РАН; Ин-т теории образования и педагогики. – М. : Совершенство, 1998. – 608 с.
64. Глоба А. П. Организационные и практические основы физического воспитания инвалидов с нарушениями функций спинного мозга / Глоба А. П. – М. : Сов. спорт, 1990. – 180 с.
65. Глоба А. П. Педагогические аспекты коррекции двигательных функций инвалидов с нарушениями функций спинного мозга / Глоба А. П. – М. : Сов. спорт, 1989. – 124 с.
66. Глоба О. П. Програма підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі : методичні вказівки / Глоба О. П., Долинний Ю. О.–Луганськ : ЛНПУ ім. Тараса Шевченка, 2007.– 112 с.
67. Глоба А.П. Производственная физическая культура для инвалидов с нарушениями функции спинного мозга:Метод.указания /Глоба А.П. (в соавторстве).Одесса,1998.- 48с.
68. Глоба О. П. Критерії оцінювання навчальних досягнень учнів початкових класів спеціальної загальноосвітньої школи для дітей з порушеннями зору: методичні вказівки / Глоба О. П.,-Луганськ, Альма-матер,2003.- 144с.
69. Глоба О. П. Критерії оцінювання навчальних досягнень учнів початкових класів спеціальної загальноосвітньої (допоміжної) школи для дітей з порушеннями розумового розвитку: методичні вказівки / Глоба О. П.,-Луганськ, Альма-матер, 2003.- 98с.
70. Глоба О.П. Спеціальна педагогіка: Понятійно - термінологічний словник/ за ред. академіка В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма матер, 2003. – 436 с.
71. Глоба О.П. Методика преподавания русского языка во вспомогательной школе – Часть I – „Грамматика и правописание” (модульный

вариант):метод.указання/ Бистрота Ю.О., Глоба О.П. – Луганськ : Альма матер, 2005.- 48с.

72. Глоба О.П. Програма підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі: методичні вказівки / Долинний Ю.О., Глоба О. П.,- Луганськ, Альма-матер, 2007.- 120с.

73. Глоба О.П. Шляхи реалізації Державної підтримки проблем професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів в Україні/ Науковий часопис. – Серія 19. – корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Випуск 10. – К., 2010. – С. 7.

74. Глоба О.П. Соціальна інтеграція осіб з обмеженими функціональними можливостями. Теоретико-практичні підходи/Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 19.3б.наукових праць. Випуск 17. - К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2011. - №17. - с.43-46.

75. Глоба О.П. Організаційно-педагогічні аспекти оптимізації процесу фізичного виховання студентів з обмеженими можливостями здоров'я / Глоба О.П., Кострикін В.Я.//Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка (педагогічні науки). - Луганськ, 2011.

76. Глоба О.П. Педагогічні умови ефективного функціонування регіональних центрів ранньої соціальної реабілітації для дітей з обмеженими психофізичними можливостями/Глоба О.П., Лиска С.І.// Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка (педагогічні науки).Луганськ,2011.

77. Глоба О.П. Корекційно-реабілітаційне навчання студентів вищих навчальних закладів з обмеженнями психофізичного розвитку засобами адаптивної фізичної культури і спорту/ Глоба О.П.,Ніколаєва О.О.// Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка (педагогічні науки).Луганськ,2011.

78. Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Уч. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева; Под ред. В. А. Слостенина. - М.: Академия, 1999. -280 с.

79. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. - К.: Либідь, 1997. - 376 с.

80. Горинова З. В. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями : учеб.-метод. пособие / Горинова З. В. – Балашов : Балаш. фил. Саратов. гос. ун-та им. Н. Г. Чернышевского, 2002. – 318 с.

81. Горностай П. П. Життєва компетентність в умовах обмеженості життєвого світу / Горностай П. П. // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. – К. : Контекст, 2000. – С. 44-47.

82. Горностай П. П. Психологічні основи рольової реабілітації / Горностай П. П. // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. – К. : ІЗМН, 1998. – Ч. 2. – С. 149-154.

83. Горова О.Б. Правовий статус осіб з фізичними вадами в Україні [Електронний ресурс] // Розвиток демократії та демократична освіта в Україні: Доповіді ІV міжнар. наук. конф. (28 - 30 вересня 2006 р.) Режим доступу: <http://www.democracy.kiev.ua/publications/collections.php.conference>

84. Граборов А. К, Кузьмина Н. Ф., Новик Ф. М. Олигофренопедагогика. Воспитание и обучение умственно отсталых детей. - М.: Гос.уч.пед.изд. Наркомпроса РСФСР, 1941.-231 с.

85. Грачев Л. К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Грачев Л. К. — М. : Центр общечеловеч. ценностей, 1992. – 72 с.

86. Григоренко В. Г. Науково-практичні основи розвитку рухових здібностей людини / Григоренко В. Г. – Одеса : ГПУ ім. К. Д. Ушинського, 2001. – 102 с.

87. Григоренко В. Г. Педагогические основы физической реабилитации калек с нарушениями функций спинного мозга / Григоренко В. Г. – М. : Советский спорт, 1991. – 184 с.

88. Григоренко В. Г. Теория дифференциально-интегральных оптимумов педагогических факторов в физической реабилитации человека / Григоренко В. Г. – М. : Фонд социальных изобретений России, 1993. – 108 с.

89. Гриценок Л.Г., Ілляшенко Т.Д., Обухівська А.Г., Романенко О.В., Скрипка Н.С. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем (дошкільний і молодший шкільний вік). За ред. Т.Д.Ілляшенко. – К. – 2009. – 240с.

90. Гриценко Л.І., Ілляшенко Т.Д., Ком'ягіна Г.В., Осетрова І.Ф., Романенко О.В. Методичні питання психологічної реабілітації підлітків з ДЦП: наук.-метод. посіб. АПН України / Т.Д.Ілляшенко (ред.).—К.:Ніка-Центр,2002.— 40с.
91. Гриценко Л.І., Ілляшенко Т.Д., Ком'ягіна Г.В., Осетрова І.Ф., Романенко О.В. Активні форми психокорекційної роботи з підлітками, хворими на ДЦП: наук.-метод. посіб. АПН України / Т.Д.Ілляшенко (ред.). — К.: Ніка-Центр, 2002. — 44с.
92. Гудонис В. Проблемы интегрированного обучения детей со специальными потребностями и пути их решения / Гудонис В., Навицкиене В. // Социальные образовательные потребности. – М. : Тарту, 1998. – С. 152-158.
93. Гуревич Р.С. Теоретичні та методичні основи організації навчання у проф-технічних закладах. – автореф. дис... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Р.С.Гуревич; Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. – К., 1999. — 33 с.
94. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 176 с.
95. Даніелс Р. Залучення дітей з особливими потребами до системи загальноосвітніх класів/Даніелс Р., Стаффорд К.— Львів : Надія, 2000.— 256 с.
96. Декларація прав дитини. – К. : Столиця, 1998. – С. 8-70.
97. Демчук С. П. Соціальна інтеграція та реабілітація неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання / Демчук С. П., Куц О. С. ; Укр. академія наук нац. прогресу ; Львів. держ. ін-т фіз. культури. – Львів : Укр. технології, 2003. – 148 с.
98. Денискина В. З. Коррекция двигательной сферы слепых детей начальных классов как составная часть занятий по ориентировке в пространстве / Денискина В. З. // М-лы науч.-практ. конф. – Н. Новгород : [б. и.], 2002. – С. 27-31.
99. Денискина В. З. Психолого-педагогические вопросы обучения детей с нарушением зрения / Денискина В. З., Лоница В. А., Солнцева Л. И. – М. : ВОС, 1995. – 212 с.
100. Державна національна програма „Освіта (Україна ХХІ століття)”. – К.:Райдуга, 1994. – 43 с.

101. Дитина : Програма виховання і навчання дітей дошкільного віку / під ред. О. В. Проскури. – К. : Освіта, 1993. –272 с.
102. Діти і соціум: Особливості соціалізації дітей дошкільного та молодшого шкільного віку: Монографія / А.М. Богущ, Л.О. Варяниця, Н.В. Гавриш, С.М. Курінна, І.П. Печенко; Наук. Ред.. А.М. Богущ; За заг. Ред.. Н.В. Гавриш. – Луганськ: Альма-матер, 2006. – 368 с. .
103. Долинний Ю. О. Підготовка дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі / Долинний Ю. О. // Соціалізація особистості : збірник наукових праць / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. – Том XXX. – С. 239-246.
104. Долинний Ю. О. Упровадження програми підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі / Долинний Ю. О. // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту : у 4 т. – Львів : Українські технології, 2007. – Вип. 11, т. 2. – С. 122-126.
105. Драгоманов М. П. Вибране/Драгоманов М. П.– К. : Либідь, 1991.– 688 с.
106. Дробот Л.С. Інтеграція в суспільство вихованців шкіл-інтернатів для дітей з наслідками поліомієліту та церебральним паралічем // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. – К.: Контекст, 2000.– С.174-175.
107. Дубіліна І. М. Соціальна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями / Дубіліна І. М. // Соціальна робота в Україні : теорія і практика. – 2005. – № 1. – С. 142-148.
108. Дульнев Г. М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе. - М.: Просвещение, 1981. - 176 с.
109. Дурай-Новакова К.М. Формирование профессиональной готовности студентов к педагогической деятельности:автор.дис...докт.пед.наук.–М.,1983.– 32 с.
110. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Психологические проблемы готовности к деятельности. – Минск: БГУ, 1976. – 176 с., на с.7

111. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Пономаренко В.А. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях. Психологический аспект. – Мн.: Изд. БГУ, 1985. – 148 с.
112. Ертанова О. Н. Средства и методы реабилитации детей с особенностями развития и инвалидностью/Ертанова О. Н.//Проблемы образования детей с особенностями развития и инвалидностью.–М.:Изд.пед.инноваций,1998.– С. 14-22.
113. Ефименко Н. Н. Детские церебральные параличи / Ефименко Н. Н., Сермеев Б. В. – Одесса : [б. и.], 2000. – 240 с.
114. Ефименко Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Ефименко Н. Н. – М. : Сов. спорт, 1991. – 56 с.
115. Єрмаков І. Г. Життєтворчий потенціал реабілітаційної педагогіки / Єрмаков І. Г. // Реабіліт. педагогіка на рубежі ХХІ ст. – К. : ІЗМН, 1998. – С. 53-67.
116. Журба Л. Т. Лечение церебральных параличей в раннем возрасте / Журба Л. Т. // М-лы 2-го международного симпозиума по детскому церебральному параличу. – Прага : [б. и.], 1967. – 316 с.
117. Журба Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Журба Л. Т., Мастюкова Е. Н. – М. : Медицина, 1981. – 272 с.
118. Жулковска Т. Соціалізація людей з обмеженими інтелектуальними можливостями: пер. с польс. / под ред. А. И. Ковалевой. – М.: Социум, 2001.
119. Журов В.С. Теоретичні основи самореабілітації інваліда // Проблеми виховання. – 2004. - №5.
120. Заверико Н. Історико-теоретичний аналіз досліджень проблеми соціалізації особистості / Заверико Н., Зверєва І. Д. // Соціальна педагогіка і адаптивність особистості. – Суми : Мрія, 1994. – С. 49-59.
121. Загвязинский В. И., Атаханов Р. Методология и методы психолого-педагогического исследования. - М.: Академия, 2003. - 208 с.
122. Зайнятість молоді з функціональними обмеженнями / О. Яременко, К. Бондарчук, П. Комарова та ін. — Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003.

123. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р.

124. Закон Украины „О дошкольном образовании” // Голос Украины. – 2 августа 2001.– № 136 (2636). – С. 3-4.

125. Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 56-64.

126. Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 165-169.

127. Закон України „Про психіатричну допомогу” // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2000. – № 19. – С. 143.

128. Замятина Ю. В. Педагогическая поддержка личностного развития детей с ограниченными возможностями (дошкольный и младший школьный возраст) / Замятина Ю. В. – Ростов-н/Д. : [б. и.], 2002. – 180 с.

129. Запорожец А. В. Условия и движущие принципы психического развития ребенка / Запорожец А. В. // Хрестоматия по возрастной психологии / сост. Л. М. Семенюк ; под ред. Д. И. Фельдштейна.—М.:Междунар.пед.акад.,1994.—252 с.

130. Зарецкий В. К. Проблемы дифференцированного обучения и возможности интеграции / Зарецкий В. К. // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования : сб. науч. тр. и проектных материалов / Ин-т пед. инноваций РАО. — М. : Ин-т пед. инноваций РАО, 1995. – С. 29-33.

131. Засенко В. В. Створення ресурсних центрів. Посібник для батьків дітей з особливими потребами / В. В. Засенко. – К., 2007.

132. Засенко В. В. Діти з особливими потребами: поради батькам / В. В. Засенко. – К.: Інст. спец. пед., 2004. – 228 с.

133. Засенко В. В. Діти з особливими потребами у початковій школі: поради батькам / В. В. Засенко. – К.: Науковий світ, 2006. – 210 с.

134. Зверєва І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні : теорія та практика / Зверєва І. Д. – К. : Правда Ярославичів, 1998. – 332 с.

135. Золотоверх В. В. Становлення та розвиток дошкільних закладів для дітей з психофізичними вадами в системі спеціальної освіти України : автореф. дис.

... канд. пед. наук : 13.00.03 / В. В. Золотоверх ; Ін-т дефектології АПН України. – К., 2001. – 20 с.

136. Зыкова Т. С. Единый подход к учебно-воспитательному процессу в школе-интернате для детей с нарушениями слуха / Зыкова Т. С. // Из опыта работы Семеновской средней школы-интерната для детей с нарушениями слуха / под ред. Зыковой Т. С., Хотеевой Э. Н. – Йошкар-Ола : Марийский институт образования, 1999. – 204 с.

137. Иващенко Г. М. Социальная реабилитация дезадаптированных детей и подростков в специализированном учреждении / Иващенко Г. М. – М. : НИИ семьи, 1996. – 216 с.

138. Іванова І. Б. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного визначення / Іванова І. // Дефектологія. – 1999. – № 1. – С. 2-7.

139. Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / І. Б. Іванова ; Київ. ун-т ім. Т. Шевченка. – К., 1998. – 20 с.

140. Игровая терапия как метод интеграции и реабилитации: уч. пособ. / отв. ред. и составитель С.В. Колкова. – М.: Права человека, 2001. – 88 с.

141. Ілляшенко Т. Д., Бастуй К. А., Сак Т. В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання: Навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів. - К.: ІЗМН, 1997. - 128 с

142. Ілляшенко Т. Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі : навч.-метод. посіб. / Ілляшенко Т. Д. – К. : [б. в.], 2003. – 156 с.

143. Ілляшенко Т.Д., Обухівська А.Г., Романенко О.В., Скрипка Н.С. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі. Навч.-метод. посіб. – К., 2003. – 156 с.

144. Інвалід і суспільство : проблеми інтеграції : зб. теор. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / упоряд. Зверева І. Д. – К. : А.Л.Д., 1995. – 96 с.

145. Іпатів А.В. Комплексна технологія реабілітації інвалідів в Україні //Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія.–2004, №3(39).–С. 44– 45.
146. Ипполитова М. В. К проблеме обучения детей с двигательными нарушениями / Ипполитова М. В. // Детские церебральные параличи. – Л. : [б. и.], 1974. – С. 137-138.
147. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье/ Ипполитова М. В.,Бабенкова Р. Д.,Мастюкова О. М.–М. : Просвещение, 1980. – С. 48.
148. Ипполитова М.В. Учебно-воспитательная работа в школе-интернате для детей с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1986. – 110с.
149. Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М. Особенности учебной деятельности учащихся с церебральным параличом. Рекомендации к оценке знаний, умений и навыков учащихся в начальных классах. /Инструктивно-методическое письмо. – М.,1984. – 32 с.
150. История педагогики и образования. От зарождения воспитания в первобытном обществе до конца XX в. : учебное пособие для педагогических учебных заведений / под ред. А. И. Пискунова. – 2 изд., испр. и доп. – М. : Сфера, 2001. – 288 с.
151. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні : навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів / упоряд.: С. Я. Марченко. – Луганськ : Альма матер, 2005. – 408 с.
152. Каган М.С. Философия культуры. – С. - Пб., – 1996. - С.10, 143;
153. Казакова Е. И. Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение ребенка: проблема развития диагностических исследований / Казакова Е. И. // Инновационные процессы в российском образовании. – М. : [б. и.], 1999. – С. 23-28.
154. Калижнюк Э. С. К вопросу о реабилитации и социальной адаптации детей, страдающих церебральным параличом / Калижнюк Э. С. // Реабилитация больных нервными и психическими болезнями. – Л. : [б. и.], 1973. – С. 245-248.

155. Калижнюк Э.С. Задержка психического развития при детских церебральных параличах и принципы лечения: метод.рекомендации.—М.: Минздрав СССР, 1982. – 27 с.

156. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – К.: Вища школа. – 1987. – 269 с.

157. Кантор В.З.Самодеятельный художественный коллектив как фактор социальной реабилитации слепых и слабовидящих/ Кантор В.З. Дис.канд.пед.наук—Л.,-1989.-163 с

158. Капська А. Й. Соціально-педагогічна діяльність як умова соціалізації особистості / Капська А. Й. // Соціальна робота : деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : навчально-методичний посібник. – К. : УДЦССМ, 2001. – 220 с.

159. Карвялис В. Специальное образование детей с ограниченными возможностями и подготовка педагогов-дефектологов, а также педагогов и психологов по специальной работе в Литве / Карвялис В. // Дефектология. – 1998. – № 1. – С. 87-94.

160. Карімова Р.Б. Особливості порушень психічного розвитку дошкільників із церебрально-органічною патологією та основи їх комплексної корекції. 19.00.08, К., 2002.

161. Карпенко О. Г. Професійне становлення соціального працівника : навч.-метод. посібник / О. Г. Карпенко. – К. : [б. и.], 2004. – 164 с.

162. Карпунина О. И., Рябова Н. В. Специальная педагогика в опорных схемах. - М: Изд. НЦ ЗНАС, 2002. - 166 с.

163. Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / Катаева А. А., Стребелева Е. А. – М. : Владос, 1998. – 208 с.

164. Класифікація уражень нервової системи у дітей та підлітків / за ред. В. Ю. Мартинюка. – К. : Фенікс, 2001. – 192 с.

165. Клімова Ю. А. Соціальна робота з сім'ями дітей з обмеженими можливостями / Клімова Ю. А. // Світ психології. – 2001. – № 2. – С. 243-253.

166. Кобильченко В. Виховання дитини з психофізичними проблемами в сім'ї / Кобильченко В. // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. – К. : Контекст, 2000. – 336 с.
167. Коваль Л.Г., Зверєва І.Д. , Хлебик С.Р. Соціально-педагогічна підтримка дітей з різними соціальними та фізичними аномаліями/Соціальна педагогіка. Соціальна робота. [Навчальний посібник].К.: ІЗМН., - 1997р. - С. 157-164;
168. Коляденко Н. В. Забезпечення гарантій зайнятості та соціального захисту безробітних осіб із обмеженими можливостями: навч.-метод. розробка теми. – К. : ПК ДСЗУ, 2009. – 28 с.
169. Коваль Л. Г. Соціальна педагогіка. Соціальна робота : навч. посібник / Л. Г. Коваль, І. Д. Зверєва, С. В. Хлебик. – К. : ІЗМН, 1997. – 392 с.
170. Кожевникова Е. В. „Абилитация младенцев” – первая в России программа раннего вмешательства/Кожевникова Е. В.,Чистович Л. А.// Сб. научн.тр. Петербургского института раннего вмешательства. – СПб., 1996. – Т. 1. – 72 с.
171. Козленко Н. А. Физическое воспитание учащихся младших классов вспомогательной школы. – К. : Рад. школа, 1966. – С. 3-10.
172. Козьявкин В.И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / Ін-т проблем медичної реабілітації. – Л.: Медицина світу, 1999. – 295с.
173. Козьявкин В.И, Шестопалова Л.Ф. Психологическое обследование детей с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с детскими церебральными параличами: Метод. рекомендации. – Харьков, 1995.–21 с.
174. Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. – Львів: Українські технології, 1999. – 144 с.
175. Кокун О.М. Психофізіологія. Навч. посіб.–К.:Центр навч.літ.,2006.–184с.
176. Коменский Я. А. Великая дидактика / Я. А. Коменский // Избр. пед. произведения : в 2 т. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 1. – 460 с.
177. Кон И.С. Ольшанский В.Б. Социализация. Философский словарь. — М.: Знание, 1970. – С.367.

178. Конвенція ООН про права дитини.–К.: Столиця, 1998. – С. 36-52.
179. Конвенция о правах ребёнка//КонвенцияООН.–М.:ИНТРА-М,2003. 24 с.
180. Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами // Дефектологія. – 1999. – № 4. – С. 2-8.
181. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 279-282.
182. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем (Дошкільний і молодший шкільний вік) За ред. Т.Д.Ілляшенко. – К., 2009. – 240 с.
183. Коррекционная педагогика: основы обучения и воспитания детей с отклонением в развитии: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведениях / Б. П. Пузанов, В. И. Селиверстов, С. Н. Шаховская, Ю. А. Костенкова ; под ред. Б.П.Пузанова.–3-е изд., доп.–М.:Академия, 1999. – 160 с.
184. Кот Н. Педагогічна допомога родині у вихованні дітей з особливими потребами // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник / наук. ред. І. Єрмаков. – К. : Контекст, 2000. – С. 266-268.
185. Кремень В. Інформаційно-комунікаційні технології в освіті і формування інформаційного суспільства// Інформатика та інформаційні технології в навчальних закладах. Наук. – метод. журнал. – 2006. – № 6. – С. 5–9.
186. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник/Ред. кол. Н.Софій (голова), І.Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор), та ін.-К.: Контекст, 2000. - 336 С.
187. Курінна С. М. Особливості соціалізації дітей шести-семи років в різних умовах життєдіяльності : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / С. М. Курінна ; Луган. нац. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. – Луганськ, 2004. – 20 с.
188. Кулагин Б.В. Основы профессиональной диагностики. – Л.: Медицина, 1984. – 216 с.
189. Лавриненко Н. М. Педагогіка соціалізації : європейські абриси / Лавриченко Н. М. – К. : Віра ІНСАЙТ, 2000. – 444 с.
190. Лавриненко Н. М. Соціалізація молоді як завдання європейської школи / Лавриненко Н. М. // Шлях освіти. – 2000. – № 1. – С. 17-19.

191. Лапшин В. А. Основы дефектологии / Лапшин В. А., Пузанов Б. П. – М. : Просвещение, 1990. – 144 с.
192. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М.:Политиздат, 1977. – 304 с.
193. Левченко И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте / сб. Медико–социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. – М., 1991.
194. Левченко И.Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.10 : М., 2001 – 385 с.
195. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата/И.Ю. Левченко, О.Г.Приходько, 2001.
196. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 192 с.
197. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность/ Леонтьев А.Н. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
198. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики/ Леонтьев А.Н. - Изд. 4. – М.: МГУ, 1981.– 582 с.
199. Липа В. А. Психологические основы педагогической коррекции / Липа В. А. – Донецк : Лебедь, 2000. – 320 с.
200. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие / Липа В. А. - Донецк: Лебідь, 2002. - 327 с.
201. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). — Л.: Медицина, 1979. — 336 с.
202. Лошакова И. И. Интеграция в условиях дифференциации : проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов / Лошакова И. И., Ярская-Смирнова Е. Р. // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. – Саратов : Педагогический институт СГУ, 2002. – С. 15-21.
203. Лубовский В. И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития/Лубовский В. И.//Дефектология.–1994.– 1. – С. 3-5.

204. Лубовский В.И. Психологические проблемы аномального развития детей. — М.: Педагогика, 1989. — 104 с.
205. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 474с.
206. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. Нейропсихологические исследования. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963. — 478 с.
207. Лянной Ю., Кравченко А. Рухливі ігри як засіб фізичної реабілітації учнів в загальноосвітній школі // Фізичне виховання у школі. — 1999.- № 2 (74639) — с. 23-25.
208. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів в центрах ранньої соціальної реабілітації як педагогічна проблема : ... канд.. пед. наук: 13.00.05 / Ляшенко Валерій Іванович ; Херсонський державний університет. — Херсон, 2004. — 237 с.
209. Ляшенко В. І. Організація ігрової діяльності дітей з особливими потребами / Ляшенко В. І. // Реформування змісту освіти в початкових класах в контексті перебудови загальноосвітньої середньої школи. — Дрогобич : Коло, 2001. — С. 164-179.
210. Ляшенко В. І. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів — шлях до їх соціалізації / Ляшенко В. І. // Соціальна педіатрія. — К. : [б. и.], 2001. — С. 381-386.
211. Ляшенко В. І. Модель державної системи професійної реабілітації інвалідів в Україні /Методичні рекомендації. — Дніпропетровськ, вид-во «Пороги».— 2002.—32 с.
212. Макаренко А. С. Соч : в 7 т. / Макаренко А. С. — М. : АПН РСФСР, 1958. — Т. 5. — 560 с.
213. Максименко С. Д. Основи генетичної психології. - К.: НПЦ Перспектива, 1998. - 163 с.
214. Максименко С.Д. Психологія в соціологічній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури: навч. посіб. для вищ. шк. — К.: Наукова думка, 1999. — 216 с., на с.70
215. Максимов В.Г. Педагогическая диагностика в школе: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М.: издат. центр „Академия”, 2002. — 272 с.

216. Маллер А. Р. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта / Маллер А. Р., Цикото Г. В. – М. : Педагогика, 1988. – 128 с.

217. Маллер А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями : книга для родителей / Маллер А. Р. – М. : Педагогика Пресс, 1996. – 80 с.

218. Маллер А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии : практическое пособие / Маллер А. Р. – М. : АРКТИ, 2000. – 124 с. – (Методическая литература).

219. Малофеев Н. Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России : результаты исследования как основа для построения программы развития / Малофеев Н. Н. // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 3-15.

220. Малофеев Н. Н. Специальное образование в России и за рубежом: В 2 ч. Ч.1: Западная Европа/Малофеев Н. Н.–М.: Печатный двор, 1996. – 184 с.

221. Малофеев Н. Н. История становления и развития национальных систем специального образования (социокультурный контекст) /В кн.: Специальная педагогика. /Под ред. Н.М.Назаровой. - М.: Академия, 2002. -С. 87-121.

222. Малятко : програма виховання і навчання дітей дошкільного віку. – К. : Педагогічна думка, 1999. – 284 с.

223. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

224. Мамайчук М.И., Бахматова Е.Н. Комплексные психологические исследования больных со спастической формой детей с церебральным параличом // Дефектология. – 1984. – № 6. – С. 14-19.

225. Мартинюк В.Ю. Модель системи реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я / В.Ю.Мартинюк, С.М.Зінченко // Соціальна педіатрія: зб. наук. праць. – К.: Укр. інст. підв. кваліфік. керівн. кадрів освіти, 1996. – 85 с.

226. Мастюкова Е. Н. Клиническая диагностика в комплексной оценке психомоторного развития и прогноза детей с отклонениями в развитии / Мастюкова Е. Н. // Дефектология. – М., 1996. – № 5. – С. 3-10.

227. Мастюкова Е.М. Интеллектуальные нарушения у детей с церебральными параличами. // Клиническое и психологическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. – М., 1976. – С. 28-36.
228. Матвеева М. П., Миронова С. П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку. Навчально-методичний посібник. - Кам'янець-Подільський К-ПДУ, 2005. - 164 с
229. Махайлова Л. Робота реабілітаційних центрів щодо соціально-педагогічної підтримки сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями / Махайлова Л., Грабовенко Н. // Соціальна педагогіка : теорія та практика. – 2005. – № 1. – С. 45-50.
230. Меерсон Ф.З. Основные закономерности индивидуальной адаптации / Физиология адаптативных процессов. – М.:Наука 1986. – с. 3-69.
231. Мерсиянова Г. Л. Выполнение практических заданий учащимися вспомогательной школы. — К.: Рад. шк., 1985. — 81 с.
232. Методичні рекомендації до вивчення особливостей інтелектуального дефекту у дітей з церебральним паралічем / Під ред. М.В. Рождественської. – К.: 1996. – 40 с.
233. Методология и методы социально-педагогических исследований : научн., учеб.-метод. пособие для студентов, магистрантов, аспирантов и специалистов в области воспитания и образования, соц. педагогов и соц. работников / авт.-сост. : С. Я. Харченко [и др.]— Луганск: Альма матер, 2001.— 212 с.
234. Мірошніченко Н.О. Умови інтеграції осіб з функціональними обмеженнями в суспільство // Соціальна робота в Україні. – 2003. - № 3.
235. Минович І.І. Соціальна робота. – Ужгород, УДУ,1999.
236. Миронова С. П. Корекційна робота як специфіка професійної діяльності педагога-дефектолога II Дефектологія. - № 2. - 2004.-С. 11-14.
237. Миронова С.П. Теоретико-методичні основи підготовки майбутніх учителів до корекційної роботи в освітніх закладах для дітей з вадами інтелекту: автореф. дис... д-ра пед. наук: 13.00.03 / Ін-т спец. педагог. АПН України. — К., 2007. — 36с.

238. Михайлов В. Я. Педагогические условия социальной защиты детей : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.06 / В. Я. Михайлов – М., 1996. – 20 с.
239. Міщик Л. І. Соціальна педагогіка : навчальний посібник / Міщик Л. І. – К. : ІЗМН, 1997. – 140 с.
240. Моляко В.О. Психологічна готовність до творчої праці.-К.: Знання. 1989.-48с.
241. Монтессори М. Дом ребенка : метод научной педагогики / Монтессори М. – М. : Задруга, 1913. – 340 с.
242. Монтессори М. Самовоспитание и самообучение в начальной школе. - К., 1995. – 296 с.
243. Монтессори М. Самовоспитание и самообучение в начальной школе / Монтессори М. – М. : Моск. центр Монтессори, 1993. – 204 с.
244. Морозова Е. И. Психологические подходы к изучению процесса адаптации детей раннего (преддошкольного) возраста / Морозова Е. И. // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 67-79.
245. Морозов В. И. Последствия перинатальных поражений нервной системы у детей / Морозов В. И. // Педиатрия. – 1998. – № 1. – С. 35-37.
246. Мойсеюк Н.Є. Педагогіка: Навч. пос. – К:2007. – 656 с.
247. Москаленко В.В. Социализация личности.- К.:Вища школа,1986. – 378 с.
248. Москаленко В.В. Соціальна психологія. Підручник. Видання 2-ге, виправлене та доповнене – К.: Центр навчальної літератури, 2008. – 688с.
249. Мудрик А. В. Индивидуальная помощь в социальном воспитании / Мудрик А. В. // Классный руководитель.– 2000. – № 3. – С. 34-39.
250. Мудрик А. В. Социальная педагогика : учеб. для студ. пед. вузов / Мудрик А. В. ; под ред. Спастинина В. А. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Академия, 2000. – 192 с.
251. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація. Підручник.– К.,2005.–608 с.
252. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учеб. для студ. вузов. – 9-е изд., стереотип. – М.: Изд. центр „Академия”, 2004. – 456 с.

253. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 09.10.2006 №372 «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів»

254. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 12.04.2007 №155 «Про затвердження Соціальних нормативів у сфері професійної реабілітації інвалідів для центрів професійної реабілітації інвалідів системи Міністерства праці та соціальної політики України»

255. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 14.05.2007 №220 «Про затвердження типових переліків приміщень та обладнання кабінетів центру професійної реабілітації інвалідів системи Міністерства праці та соціальної політики України»

256. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті. – К. : Шкільний світ, 2001. – 16 с.

257. Національна програма „Діти України” : Указ Президента України від 18 січня 1996 р. ; № 63/96 // Урядовий кур'єр. – 1996. – 25 січня. – С. 5.

258. Несен Г. М. Досвід і проблеми проведення експерименту з комплексної реабілітації хворої дитини / Несен Г. М. // Реабілітаційна педагогіка на рубежі XXI ст. – К. : ІЗМН, 1998. – Ч. 1. – С. 67-71.

259. Організація професійного навчання, заходів з соціальної, психологічної реабілітації та медичного супроводу у Всеукраїнському центрі професійної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації /Авраменко М.Л., Маліновська Н.М., Мазур Ю.О., Кузнєцов Д.А./ – Київ, 2007. – 66с.

260. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира : хрестоматия / сост. Л. М. Шипицина. – СПб. : [б. и.], 1997. – 256 с.

261. Олиференко Л. Я. Социально-педагогические учреждения в системе образования: монография/Олиференко Л. Я.–М. : [б. и.], 1999. – 202 с.

262. Определение физической подготовленности школьников / под ред. Сермеева Б. В. – М. : Педагогика, 1993. – 104 с.

263. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: навч.-метод. посібн. / За ред. Мартинюка В.Ю., Зінченко С.М. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.
264. Особенности психического развития детей 6 – 7 летнего возраста / Под ред. Д.Б.Элькониной, Л.А.Венгера. – М.,1988.
265. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / под ред. Т. А. Власовой. – М. : Педагогика, 1985. – 128 с.
266. О построении программы адаптивной физической культуры /Материалы 3-й междунар. научно-практической конфер. по физической культуре для инвалидов и людей с ограниченными функциональными возможностями / Н.Лутченко, В.Щиголев, В.Товт. - Спб.:ГИФК им. П.Ф.Лесгафта, 1996. 12-13 с.
267. Павлов И. П. Избранные труды по физиологии высшей нервной деятельности / Павлов И. П. – М. : Учпедгиз., 1956. – 176 с.
268. Певзнер М. С. Дети – олигофрены / Певзнер М. С. – М. : АПН РСФСР, 1969. – 486 с.
269. Певзнер М. С. Дети с отклонениями в развитии : отграничение олигофрении от сходных состояний / Певзнер М. С. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1966. –256 с.
270. Педагогічний словник / За заг.ред. Ярмаченка М. Д. - К.: Педагогічна думка, 2001.-516 с
271. Песталоцци И. Г. Что дает метод уму и сердцу / Песталоцци И. Г. // Избр. пед. соч. : в 2 т. — М. : Педагогика, 1981. — Т. 2. – С. 275-311.
272. Петінова О. Б. Соціально-побутове в ціннісних орієнтаціях особистості : автореф. дис. ... канд. філос. наук : 09.00.03 / О. Б. Петінова ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. — Одеса, 2004. — 20 с.
273. Петров О.М., В.А.Скуратівський.– Соціогуманітарні виміри державної політики” за ред. В.П.Трощинського. – К. : Вид – во НАДУ, 2009.– 76 с.)
274. Петроє О .М. Гарантії захисту інвалідів у системі соціально -трудоу відносин// Врегулювання проблемних питань працевлаштування та захисту прав

інвалідів у сфері праці . - К .:Ун -т “Україна”, Всеукр . центр проф . реабілітації інвалідів , 2007. - С . 43-67.

275. Пиаже Ж. Психология интеллекта / Пер. с англ. – М.: Международная педагогическая академия, 1969. – С. 55-231. – 674с.

276. Підготовка учнів до професійного навчання і праці (психолого-педагогічні основи): навч. посіб. / Під ред. Г.О. Балла, П.С. Перепелиці, В.В. Рибалки. – К.: Наукова думка, 2000. – 188 с.

277. Пинский Б. И. Формирование двигательных навыков учащихся вспомогательной школы / Пинский Б. И. – М. : Педагогика, 1977. – 128 с.

278. Плаксина Л. И. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями зрения / Плаксина Л. И. // Специальная дошкольная педагогика / под. ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Академия, 2001. – С. 121-128.

279. Плаксина Л. И. Программы детского сада. Коррекционная работа в детском саду. Программа начальной школы. Коррекционная работа в начальной школе / Плаксина Л. И. – М. : Просвещение, 1997. – 256 с.

280. Плаксина Л. И. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для слабовидящих детей) (коррекционная работа в детском саду) / Плаксина Л. И., Денискина В. З., Сековец Л. С. – М. : Город, 1999. – 164 с.

281. Подготовка детей к школе в детском саду / под ред. Ф. Сохина, Т. В. Тарунтаевой. – М. : Педагогика, 1978. – 160 с.

282. Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку: Збірник законодавчих та нормативних актів про освіту. - Випуск 2. -К., 1994.-С 14-36.

283. Попов С. Н. Лечебная физическая культура : учебник для вузов/ Попов С. Н. – М. : Академия, 2008. – 416 с.

284. Попов С. Н. Физическая реабилитация / Попов С. Н. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 608 с.

285. Постовойтов Є.П. Організація позаурочної роботи в школах-інтернатах для дітей з наслідками поліомієліту і церебральними паралічами: дис... канд. педаг. наук. – К., 1991. – 188 с.

286. Постовойтов Є.П. Науково-педагогічні основи функціонування навчально-реабілітаційного центру для учнів з дитячим церебральним паралічем / Ін-т спец. педаг. АПН України. – К.: Нора-прінт, 2002. – 261с.

287. Практичні питання працевлаштування та зайнятості осіб з інвалідністю /А.Г.Шевцов, О.О.Волошинський, М.М.Хміль, О.П.Рісний, за наук. ред. А.Г.Шевцова – Львів: 2009. – 140 с.

288. Права дитини : до II Всеукраїнського з'їзду працівників освіти / М-во освіти і науки ; Представництво ЮНІСЕФ в Україні. – К. : UNISEF, 2001. – 40 с. – К., 2001. – 40 с.

289. Права дітей з особливими потребами: посібник-довідник/ Копиленко О. Л., Сусол О. К., Хомік Л. В. – К.: РННЦ «ДІНІТ», 2002. – 252 с.

290. Пріма Р. М. Соціалізація особистості молодшого школяра засобами родинно-побутової звичаєвості : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Пріма Р. М. ; Укр. держ. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 1996. – 25 с.

291. Про охорону дитинства : Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 22. – С. 281.

292. Про соціальну роботу з дітьми та молоддю : Закон України від 21 червня 2001 р. №2558 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 29. – С. 1293.

293. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими проблемами : державна доповідь. — К. : Соцінформ, 2002. — 160 с.

294. Про результати аудиту ефективності реалізації Державних програм у сфері професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями/Бюлетень рахункової палати України.-К.,2010.-35с.

295. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 №1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів»

296. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.07 №80 "Про затвердження Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг"

297. Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 №757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів»

298. Професійна реабілітація інвалідів: Довідково – методичний посібник / Упорядн. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. / За редакцією Марунича В.В. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 227 с.

299. Психологічна енциклопедія: А – Я / Автор-упорядник О.М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с. – С.89.

300. Психологічне дослідження творчого потенціалу особистості: монографія / АПН України; Ін-т психології ім. Г.С.Костюка. Лабораторія психології творчості / В.О. Моляко (наук.кер.авт.кол.). — К.: Педагог. думка, 2008. – 207с.

301. Психолого-педагогічна діагностика школярів / Упоряд. О.Л. Співак. – Х.: Ранок, 2009. – 160 с.

302. Психофізіологічне забезпечення готовності студентів до педагогічної діяльності: монографія / АПН України; Ін-т психології ім.Г.С.Костюка / О.М. Кокун (ред.). — К. : Педагог. думка, 2008. — 296с.

303. Пятакова Г.В. Клинико-психологическое изучение особенностей личности подростка с двигательным нарушением различного генеза. Дис...канд психол наук: 19.00.04.: СПб. – 2000. – 245 с.

304. Рассказова О. І. Історія та сучасність соціального виховання учнів у позашкільних закладах / Рассказова О. І. // Теоретико-методологічні аспекти дослідження проблеми соціальної поведінки. – Харків: Каравела, 2000. – С. 144-151.

305. Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ сторіччя: наук.метод.зб.: у 2 ч./Л.Г. Єрмаков (ред.)-К.: ІЗМН, – 1998, - ч.1, С. 142.

306. Реабілітація та зайнятість інвалідів (аналітичні матеріали)/відділ реабілітації та зайнятості інвалідів Департаменту у справах інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України.-К.-2010.-85с.

307. Рішення колегії Президії Академії Педагогічних наук Міністерства освіти і науки України №7/5-7 від 23.06.1999р. «Про Концепцію державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами».-К.-1999.

308. Рибалка В.В. Психологічна структура особистості як основа систематизації професійно важливих якостей особистості фахівця // Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи: Монографія / За ред .Зязюна І.А. – К, 2000. – С.440-450.

309. Рибалка В.В. Методологічні питання наукової психології (Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-поняттєвого апарату): навчально-методичний посібник / Рибалка В.В. – К. : Ніка-Центр, 2003. – 204 с.

310. Рогальська І. П. Теоретико-методологічні засади соціалізації особистості у дошкільному дитинстві : дис... д-ра пед. наук: 13.00.05 / Рогальська Інна Петрівна; Уманський державний педагогічний ун-т ім. Павла Тичини. – Умань, 2009. – 465 с.

311. Рогальська І.П.Соціалізація особистості у дошкільному дитинстві:сутність, специфіка, супровід.Монографія.–К.:Міленіум,2008.

312. Родименко І. М. Обласний психолого-медико-педагогічний центр. Науково-методичний посібник. - К.: Генеза, 2005. - 192 с.

313. Романенко О.В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: автореф. дис...канд. пед. наук. – К., 2003. – 22с.

314. Романенко О.В. Психофізіологічні аспекти готовності дітей із церебральним паралічем до шкільного навчання / О.В.Романенко // Дефектологія. – 2006. – № 3. – С. 33-35.

315. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 1999. – 720с.

316. Савченко С.В. Науково-теоретичні засади соціалізації студентської молоді в позанавчальній діяльності в умовах регіонального простору: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. пед. наук: спец. 13.00.05 “Соціальна педагогіка” / С.В. Савченко. – Луганськ, 2004. – 61 с.с.

317. Савченко С. В. Субъектность личности в контексте социально-педагогического подхода / Савченко С. В. // Соціальна педагогіка : теорія і практика. – 2005. – № 3. – С. 9-13.

318. Седов Л.А., Т.Парсонс. Современная западная социология: Словарь. М.: Политиздат, 1990, с.257-260
319. Селиванова Н.Л. Воспитательное пространство как педагогическое понятие и феномен педагогической действительности // Теоретико-методологические проблемы современного воспитания: Сб. науч. тр. / Под. ред. Н.К. Сергеева, Н.М. Борытко. – Волгоград: Перемена, 2004. – 420 с.
320. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2000.-208 с.
321. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом / Семёнова К.А. – М.: Закон и порядок, серия „Великая Россия. Наследие”, 2007. – 616 с.
322. Семёнова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. – М.: Медицина. – 1976. – 184 с.
323. Семёнова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин Н.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М.: Медицина, 1972. – 328 с.
324. Синьов В. М. До побудови загальної теорії корекційної педагогіки; визначення предмету науки //Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія: Зб.наукових праць. - К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2004. - № 1. -299 с-С 3-22.
325. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посібник / Синьов В. М., Коберник Г. М. – К. : Вища шк., 1994. – 144 с.
326. Синьов В. М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху інтеграції у світовий науковий простір //Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття: Матеріали міжнародної наукової конференції. - К.: НПУ імені М П. Драгоманова 2005 -199 с- С. 175-179.
327. Синьов В. М. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні/Віктор Синьов, Андрій Шевцов//Дефектологія.-2004.-№2.-с.6-10.
328. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Частина 1. Загальні основи корекційної психопедагогіки

(олігофренопедагогіки): підручник/В.М.Синьов.-К.: Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2007, -238с.

329. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії.-К.:»МП Леся».-779с.

330. Синьова Е.П. Актуальні питання соціальної адаптації осіб з глибоким порушенням зору/Інвалід і суспільство: Проблеми інтеграції.-К.: А.Л.Д., 1995. - С.18;

331. Скрипник Т.В. Раннє прогнозування труднощів у навчанні дошкільників з церебральними паралічами: Автореф. дис... канд. психол. наук. — К., 2005. — 22 с.

332. Сластенин В.А. Педагогика: учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. завед. / Сластенин В.А., Исаев И.Ф., Шихнов Е.Н.; под ред. В.А. Сластенина. – М.: Изд. центр „Академия”, 2002. – 576 с.

333. Сластенин В.А. Профессиональная готовность учителя к воспитательной работе // Советская педагогика. – 1981. – № 4. – С. 76-84. на с.78.

334. Словарь-справочник по социальной работе/ Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Юристъ. – 2000.–С. 303;

335. Словник іншомовних слів / уклад. С. М. Морозов, Л. М. Шкарапута. – К.: Наук. думка, 2002. – 680 с.

336. Смутьсон М.Л. Психологія розвитку інтелекту: Монографія / М.Л. Смутьсон. – К.: Ін-т психології ім. Г.С.Костюка АПНУ, 2001. – 274 с.

337. Смычек В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К.Медико–социальная экспертиза и реабилитация.-Минск, изд–во Юнипак.–2005.–420с.

338. Стадненко Н. М., Матвеева М. П., Обухівська А. Г. Нариси з олігофренопсихології. - Кам'янець-Подільський державний педагогічний університет, інформаційно-видавничий відділ, 2002. -200 с

339. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов.- Нью-Йорк., - 1994 г. - С. 19;

340. Стегній О.Т., Чурилов М.М. Регіоналізм в Україні як об'єкт соціологічного дослідження. — К., 1998. — 271 с.

341. Скрипник Т. Проблеми діагностики розвитку дитини в контексті прогнозування її навчальної діяльності/Скрипник Т.//Дефектологія.–2001.–№3.– С. 12-14.
342. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / за ред. А. Й. Капської, І. М. Пінчук, С. В. Толстоухової. – К. : [б. в.], 2000. – 260 с.
343. Солнцева Л. И.Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. – 3 изд. – М. : Просвещение, 2003. – С.35.
344. Солнцева Л. И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения / Солнцева Л. И. – М. : Экспресс-Полиграф-Сервис, 1999. – 180 с.
345. Сороковых Г.В. Субъектно-деятельностный подход к личностно-профессиональному развитию студентов//Педагогика.–2004.–№ 1.– С. 62–68.
346. Соціальна педагогіка. Підручник. За редакцією професора Капської А.Й. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 468с.
347. Соціальна політика та менеджмент у соціальній роботі / під заг. ред. І. Зверєвої, Г. Лактіонової. – К. : Науковий світ, 2001. – 60 с.
348. Соціальна робота : технологічний аспект : навч. посібник / за ред. проф. А. Й. Капської. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
349. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І. Д. Зверєва, О. В. Безпалько, С. Я. Марченко [та ін.] ; за заг. ред. : І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. – К. : Наук. світ, 2003. – 232 с.
350. Социальная работа : история, теория и практика : в 2 ч. / Харченко С. Я., Кратин Н. С., Ваховский Л. Ц. [и др.] – Луганск: Альма матер, 2004.– Ч. 2. – 404 с.
351. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга для родителей / Под ред. Е.И.Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 1998. – 210с.
352. Соціальна робота: технологічний аспект: навч. посіб./ За ред. проф. А.Й.Капської. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 352с.
353. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / За ред. С Толстоухової, І. Пінчук. - К.: УДЦССМ, 2000.

354. Соціальні служби родині : розвиток нових підходів в Україні/ І. М. Грига, О. Л. Іванова, Н. В. Кабаченко [та ін.]; Держ. ком-т України у справах сім'ї та молоді. Держ.центр соціальних служб сім'ї та молоді.—К.: [б. в.], 2003. — 128 с.
355. Соціологія: Навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц. / А.Ю. Брегеда, А.П. Бовтрук, Г.В. Дворецька та ін.— К.: КНЕУ, 1999 — 124 с.
356. Специальная дошкольная педагогика : учебное пособие / Е. А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова [и др.] ; под ред. О. А. Стребелевой. — М. : Академия, 2001. — 312 с.
357. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. — Луганськ : Альма матер, 2003. — 436 с.
358. Специальная педагогика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. Я. М. Назаровой. — 2-е изд., стер. — М. : Академия, 2002. — 400 с.
359. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского, Т.В. Розановой, Л.И. Солнцевой. — М.: Академия, 2005. — 464 с.
360. Спеціальна психологія. Тексти: Ч. 1 / За ред. М.П. Матвеевої, С. П. Миронової. — Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 1999. — 158 с.
361. Спеціальна психологія. Тексти: Ч. 2/Заред.М.П.Матвеевої,С.П.Миронової. —Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2001. — 142 с.
362. Справочное пособие по социальной работе / под ред. А. М. Панова, Е. И. Холостовой. — М. : Юрист, 1997. — 168 с.
363. Стребелева Е. А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии/Стребелева Е. А.//Дефектология.—1997.—№2.— С. 50-53.
364. Сулейменова Р. А. О создании системы ранней коррекционной помощи детям с нарушениями развития/Сулейменова Р.А.//Дефектология.—2001.—№1.—С. 69.
365. Сухомлинський В. О. Батьківська педагогіка / Сухомлинський В. О. — К. : Рад. школа, 1978. — 376 с.
366. Сухомлинський В.О. Вибрані твори в 5-ти Т. - Т.3. Серце віддаю дітям.

Народження громадянина. Листи до сина. - К.: Рад.школа, 1997. - 670с.

367. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям / В. О. Сухомлинський // Вибрані твори : у 5 т. – К. : Рад. школа, 1977. – Т. 3. – С. 9-279.

368. Сухомлинський В.О. Як виховати справжню людину // Вибрані твори: У 5 т. – К.: Рад. школа, 1976. – Т. 1. – 670 с. - С. 331

369. Таланчук П.М., Кольченко К.О., Нікуліна Г.Ф. Супровід студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі / навч.-метод. посіб. – К.: Соцінформ., 2004. – 128 с.

370. Таланчук П.М., Шевцов А.Г., Бажан В.Т. Створення дидактичних матеріалів з дистанційної форми навчання. Інформаційно-метод. зб. / П.М.Таланчук, А.Г.Шевцов. – К.: Відкритий міжнар. Ун-т розвитку людини „Україна”, 2001. – 48 с.

371. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування. моног. – К.: Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2008. – 299 с.

372. Тарасун В.В. Науково-методичні основи формування знань, умінь та навичок у дітей з труднощами у навчанні / Наук.-метод. посіб. – К., 1998. – 104 с.

373. Терлецька Л.Г. Вікова психологія та психодіагностика: підруч. для студ. вищих навч. закл: У 3-х ч.: Ч.1. – К.: Академія праці і соціальних відносин ФПУ, 2003. – 208 с.

374. Тесленко В. В. Теорія і практика соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями в промисловому регіоні : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05 / Тесленко Валентин Вікторович ; Луганський національний педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка. – Луганськ, 2007. – 513 с.

375. Тесленко В. В. Формування життєвої компетентності дітей з обмеженими можливостями в процесі їх соціально-педагогічної підтримки / Тесленко В. В. // Освіта Донбасу. – 2006. – № 3/4. – С. 89-93

376. Технології соціально-педагогічної роботи : навч. посіб. / Капська А. Й., Бархтян М. М., Короткова Р. І., Толстоухова С. В. – К. : УДЦССМ, 2000. – 372 с.

377. Тупайло Г. Методичний порадник для занять з тягарями (важкою атлетикою) у таборах активної реабілітації для осіб, котрі пересуваються у кріслі-візку за методикою REKRYTERINGS GRUPPEN (Швеція)–Львів:ЛДІФК,1998.–14 с.

378. Тупоногов Б. К. Коррекционная направленность методов обучения детей с нарушением развития / Тупоногов Б. К. // Дефектология. – М., 2001. – № 3. – С. 15-19.

379. Тютюнник М. І. Соціально-педагогічна реабілітація дітей в спеціальних дошкільних закладах освіти засобами творчої гри : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01/М.І.Тютюнник;Терноп.держ.пед.ун-т ім.В.Гнатюка.–Тернопіль,1999.– 20 с.

380. Ушинський К. Д. Про сімейне виховання / Ушинський К. Д. – К. : Радянська школа, 1974. – 150 с.

381. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры /Под общей ред. Проф. С.Н.Попова. – Ростов н/Д: “Феникс”, 1999. – 608 с.

382. Фонарев М. И. Справочник по детской лечебной физкультуре / М. И. Фонарев. – Ленинград : Медицина, 1983. – 360 с.

383. Ханзерук Л. О. Формування досвіду спілкування у дошкільників з церебральним паралічем : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Л. О. Ханзерук ; Ін-т дефектології АПН України. – К., 2001. – 20 с.

384. Харченко С. Я. Дидактические основы подготовки студентов к социально-педагогической деятельности : монографія / С. Я. Харченко. – Луганск : Альма матер, 1999. – 138 с.

385. Харченко С. Я. Соціально-педагогічні технології : навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів / С. Я. Харченко, Н. П. Краснова, Л. П. Харченко. – Луганськ : Альма матер, 2005. – 552 с.

386. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М., 2002. –340 с.

387. Хохліна О. Визначення показників ефективності освітнього процесу в допоміжній школі / Хохліна О.//Дефектологія. – 2003. – № 3. – С. 5-9.

388. Хохліна О. П. Психолого-педагогічні основи корекційної спрямованості трудового навчання учнів з вадами розумового розвитку / Хохліна О. П. – К. : Педагогічна думка, 2000. – 286 с.

389. Чеботарьова О. В. Організаційно-педагогічні умови індивідуального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату: дис... канд. пед. наук. – К., 2005. – 220 с.

390. Шевцов А. Г. Аналіз та моделювання комплексних корекційно-реабілітаційних систем і процесів / А. Г. Шевцов // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія: Зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2008. – № 11. – 380 с. – С. 246 – 252

391. Шевцов А. Г. Інформаційні технології як засіб соціальної реабілітації людей з обмеженими функціями здоров'я / А. Г. Шевцов // Актуальні проблеми виховання та навчання людей з особливими потребами: зб. наук. праць / За заг. ред. П.М.Таланчука, Г.В.Онкович. – К.: Ун-т „Україна”, 2000. – 384 с. – С. 258 – 265.

392. Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я / А. Г. Шевцов. - К.: Соцінформ, 2004. - 200 с

393. Шевцов А. Г. Особистісно центрована концепція формування реабілітаційного простору професійної освіти / А. Г. Шевцов // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна. Вип. VII. / За ред. О.В.Гаврилова, В.І.Співака. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2007. – 420 с. – С. 94 – 103.

394. Шевцов А. Г. Стратегічні аспекти створення вітчизняної системи дистанційного навчання / А. Г. Шевцов // Новий колегіум. – 2003. – № 3/4. – С. 8–14.

395. Шевцов А.Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я: моногр / А. Г. Шевцов. – К.: Соцінформ, 2004. – 200 с.

396. Шевцов А. Г. Сучасні технології оптимізації вищої освіти людей з інвалідністю / А. Г. Шевцов // Вища освіта України. – 2003. - № 3. – с. 91–98.

397. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: [монографія]/Андрій Гаррійович Шевцов. - К.: «МПЛеся», 2009. – 483 с.

398. Шеремет М. К. Психолого-педагогічні основи підготовки слабочуючих дітей до навчання в школі: автореф. дис... д-ра пед. наук. – К., 1997. – 51 с.

399. Шеремет М. К. Сучасні комп'ютерні технології в логопедичній роботі / М. К. Шеремет, Г. П. Загурська // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. Сучасні технічні засоби реабілітації й навчання дітей з вадами слуху та мовлення: наук.-метод. зб.; за ред. Б. С. Мороза, К. В. Луцько. – Вип. 3. – К.: А&Р., 2002. – С. 123–134.

400. Шеремет М. К., Качуровська О. Б. Використання Інтернет-середовища для розвитку комунікативних навичок старшокласників з вадами слуху. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія №19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. -- №4. – 2006.

401. Шестопалова Л. Ф., Козьявкін В. И. Нарушения высших психических функций у больных ДЦП с задержкой психического развития // Український вісник психоневрології. – Харків, 1993. – Вип. 2. – С. 23-25.

402. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Смирнова И.А. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии / Л. М. Шипицына. – СПб., 1995. – 211 с.

403. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицына. – СПб., Изд-во „Дидактика плюс”, 2001. – 272 с.

404. Шипицына Л. М. "Необучаемый" ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта/Л.М.Шипицына.—СПб.: Речь,2005.—477 с.

405. Шматко Н. Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии / Н. Д. Шматко // Дошкольное воспитание. – 1998. – № 3.– С. 12-19.

406. Щуревич Г. А., Зинковский А. В., Пономарев Н. И. Адаптация молодежи к высшей школе: Монография. – Спб.: ВИФК, 1994. – 227 с.

407. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. – М.: Изд-во АН РСФСР, 1959. – 215 с.

408. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды: проблемы возрастной и педагогической психологии / Д.И.Фельдштейн (ред.). – М.: Изд-во Междунар. пед. академии, 1995. – 224 с.
409. Яворская Г.Х. Игра в дидактических моделях учебного процесса в высшей школе НИРИО ОИВД. – М., 2000.
410. Язвина И.М. Совершенствование управления системой социальной реабилитации. - М.: ВОС., 1985, - С. 23.
411. Atkinson S., Stanley F.J. Spastic di plegia in children of low and normal birth weight // Dev. Med. and Child Neurol, 1983. – 25. – P. 693-708.
412. Augmentative and alternative communication: knowledge and skills for service delivery / American Speech-Language-Hearing Association. – The ASHA Leader, 2002. – №7 (Suppl. 22) – P. 97-106.
413. A new definition of childrenwith special health care needs. Pediatrics / McPherson, M [et al.]. – 1998. – № 102 (1). – С. 137-140.
414. Blaasvaer S., Stanghelle J.K. [Rehabilitation with proper physical activities – what happens with patients’ quality of life ?] (Norwegian). 1999, 119 (9): p.1281-1286.
415. Bleck E.E, Nagel D.A. Cerebral palsy // Physically Handicapped Children. – London, 1982. – P. 59-132.
416. Giddings G. The Theory of socialization/ Giddings G. – 1897. – № 8. – P. 22.
417. Finne N.R. Handling the young cerebral palsied child at home. – New York, 1975. – 330 p.
418. Paneth N., Stall R. Mental retardation, cerebral palsy and intrapatum asphyxia // Modern Management of Labour / Ed. Cohen W. Friedman E. – Baltimore: University Paric Press, 1984. – P. 15-30.
419. Parsons T. The Social System. Glencoe III / Parsons T. – Illinois : The Free Press, 1957. – P. 67.
420. Rimmer J.H. Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. Physical Therapy. 1999, 79 (5): p. 495-502.

421. Saarinen-Rahiika H., Binkley J.M. Problem-based learning in physical therapy: a Review of the literature and overview of the McMaster University Experience. *Physical Therapy*. 1998, 78 (2): p. 195-209.

422. Stiens S.A., Berkin D. A clinical rehabilitation course for college undergraduates provides an introduction to biopsychosocial interventions that minimize disablement. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1997,(6):p.462-470.

423. Suzuki H., Iso A., Ichikawa M. Incidence rates of cerebral palsy, severe mental and motor retardation and Down syndrome in the city of Kokubnuit in Subaran Tokio. *Noto-Hetatsu*, 1993, 25 (1). – P.16-20.

424. Szkiefkowska A. Voice rehabilitation in children fitted with hearing aids / Szkiefkowska A., Maniecka-Aleksandrowicz B., Dolecki J. // *Central and East European Journal of otorhino-laryngology and head and neck surgery*. – 1999. – Volume IV, № 1 (13). – P. 41-47.