

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра права і соціальної роботи

ПОЗИТИВНА СОЦІАЛІЗАЦІЯ ДІТЕЙ
З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ
МОЖЛИВОСТЯМИ ЗАСОБАМИ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кваліфікаційна робота здобувача
освітнього ступеня «магістр»

Спеціальності: 231 Соціальна робота

Освітньої програми Соціальна робота.

Соціальна педагогіка

Нікул Максим Іванович



Керівник:

канд. пед. наук, доц. Фурдуй С.Б.



Рецензент:

Канд. мед. наук, ст. викл. Аتماжов І.Д.

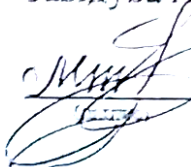
Ізмаїл – 2021

Робота допущена до захисту

на засіданні кафедри права і соціальної роботи,
(за відкритим засіданням кафедри)

протокол № 5 від «14» грудня 2010 р.

Завідувач кафедри

 Метіль А.С.
(присягне посади)

Робота пройшла публічний захист

на відкритому засіданні ЕК
«22» січня 2011 р.

Оцінка 92 відмінно
(за стобальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

 Замашкіна О.Д.
(присягне посади) (присягне посади)

Анотація до магістерської роботи

на тему:

«Позитивна соціалізація дітей з обмеженими функціональними можливостями засобами фізичної культури»

У магістерській роботі розкрита проблема виявлення ефективного впливу методів фізичної культури на позитивну соціалізацію дітей з функціональними обмеженнями.

Об'єктом дослідження є соціальна і педагогічна робота з дітьми в Інклюзивно-ресурсному центрі м Ізмаїла

Предметом дослідження є адаптація фізичного виховання як один із методів соціалізації дитини з особливими потребами.

Метою дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність технологій, розроблених для соціально-виховної роботи в Ізмаїльському центрі інклюзивних ресурсів та виявити методи фізичного адаптивного виховання для дітей з функціональними обмеженнями

У *першому розділі* проаналізовано теоретичний аспект проблеми соціалізації дітей з обмеженими функціональними можливостями засобами фізичної культури: поняття інвалідності та соціальна інтеграція дитини з особливими потребами. Розкрито, що розвиток впевненості в собі у молоді з інвалідністю є одним із чинників успішної соціалізації та особливості соціалізації молоді з обмеженими можливостями у сучасному суспільстві.

З'ясовано, що фізичне виховання є один із чинників успішної соціалізації дітей з обмеженими можливостями.

У *другому розділі* розглянуто методи адаптивного фізичного виховання для дітей з обмеженими можливостями, а саме: адаптивне фізичне виховання осіб з вадами слуху, зору, при порушеннях опорно-рухового апарату, дитячому церебральному паралічі, розумовій відсталості. Визначено методи

контролю ефективності учбового процесу в адаптивному фізичному вихованні.

У третьому розділі проведений аналіз експериментальних досліджень щодо соціалізації молоді з інвалідністю в інклюзивно-ресурсному центрі м. Ізмаїл, в результаті якого доказано позитивну динаміку у соціалізації дітей з обмеженими функціональними можливостями, проаналізовано особливості здійснення реабілітації інвалідів та проведено діагностику рівня соціалізації дітей з інвалідністю в Інклюзивно-ресурсному центрі, розкрито основні детермінанти можливостей і ризиків сучасної соціалізації дітей зазначеної категорії.

Отже можемо зробити висновок, що Інклюзивно-ресурсні центри інтеграції молоді є невід'ємною частиною процесу соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями: вони забезпечують громадянську і неформальну освіту, значущі дозвілля, можливості для саморозвитку, допомагають покращити комунікативні навички, прищепити почуття приналежності і право щось змінювати. Інтеграція дітей і молодих людей, а також їх включення в повноцінне і активне життя – важливий крок у розвитку сучасного суспільства.

Адаптивна спортивна підготовка – лікувально-виховний процес цілеспрямованого використання лікувально-виховних засобів фізичної культури для забезпечення реалізації фізичного, інтелектуального, емоційного і розумового потенціалу інваліда з метою досягнення спортивних результатів.

Ключові слова: соціалізація, діти з обмеженими функціональними можливостями, адаптивне фізичне виховання, соціальна інтеграція, Інклюзивно-ресурсний центр

Abstract for the master's thesis

on the topic:

«Positive socialization of children with disabilities by means of physical culture»

The master's thesis reveals the problem of identifying the effective impact of physical culture methods on the positive socialization of children with disabilities.

The object of research is social and pedagogical work with children in the Inclusive Resource Center of Izmail.

The **subject** of the study is the adaptation of physical education as one of the methods of socialization of a child with special needs.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and experimentally test the effectiveness of technologies developed for social and educational work in the Izmail Center for Inclusive Resources and to identify methods of physical adaptive education for children with disabilities.

The first section analyzes the theoretical aspect of the problem of socialization of children with disabilities by means of physical culture: the concept of disability and social integration of a child with special needs. It is revealed that the development of self-confidence in young people with disabilities is one of the factors of successful socialization and features of socialization of young people with disabilities in modern society.

It has been found that physical education is one of the factors in the successful socialization of children with disabilities.

The second section discusses the methods of adaptive physical education for children with disabilities, namely: adaptive physical education of persons with hearing, vision, musculoskeletal disorders, cerebral palsy, mental retardation. Methods of control of efficiency of educational process in adaptive physical education are defined.

The third section analyzes the experimental research on socialization of young people with disabilities in the inclusive resource center in Izmail, which proved the positive dynamics in the socialization of children with disabilities,

analyzed the features of rehabilitation of the disabled and diagnosed the level of socialization of children with disabilities. -resource center, revealed the main determinants of opportunities and risks of modern socialization of children in this category.

So we can conclude that Inclusive Resource Centers for Youth Integration are an integral part of the process of socialization of young people with disabilities: they provide civic and non-formal education, meaningful leisure, opportunities for self-development, help improve communication skills, instill a sense of belonging and right change. The integration of children and young people, as well as their inclusion in a full and active life – an important step in the development of modern society.

Adaptive sports training is a medical-educational process of purposeful use of medical-educational means of physical culture to ensure the realization of physical, intellectual, emotional and mental potential of a disabled person in order to achieve sports results.

Keywords: socialization, children with disabilities, adaptive physical education, social integration, Inclusive Resource Center

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	8
1.1. Поняття інвалідності та соціальна інтеграція дитини з особливими потребами.....	8
1.2. Розвиток впевненості в собі у молоді з інвалідністю як один із чинників успішної соціалізації.....	12
1.3. Особливості соціалізації молоді з обмеженими можливостями у сучасному суспільстві.....	15
1.4. Фізичне виховання як один із чинників успішної соціалізації дітей з обмеженими можливостями.....	18
Висновки до першого розділу.....	20
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ.....	22
2.1. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами слуху.....	22
2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами зору.....	26
2.3. Адаптивне фізичне виховання при порушеннях опорно-рухового апарату.....	31
2.4. Адаптивне фізичне виховання при дитячому церебральному паралічі.....	36
2.5. Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості.....	41
2.6. Методи контролю ефективності учбового процесу в адаптивному фізичному вихованні.....	46
Висновки до другого розділу.....	53
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОМУ ЦЕНТРІ.....	55
3.1. Особливості здійснення реабілітації інвалідів у спеціалізованих установах м. Ізмаїлі.....	55

3.2. Діагностика рівня соціалізації дітей з інвалідністю в Інклюзивно-ресурсному центрі м. Ізмаїла.....	56
3.3. Основні детермінанти можливостей і ризиків сучасної соціалізації.....	57
3.4. Аналіз результатів дослідження.....	64
Висновки до третього розділу.....	67
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність роботи. Через сучасні екологічні та соціальні фактори, що негативно впливають на здоров'я населення, значна частина дітей страждає патологіями та хронічними захворюваннями, кількість яких з кожним роком збільшується. За даними ООН, в усьому світі налічується близько 450 мільйонів чоловік з розумовими та фізичними вадами, що становить 1/10 населення нашої планети.

В Україні проблема інтеграції осіб з обмеженими можливостями особливо важлива для молоді з сенсорними або руховими порушеннями: суспільство не готове приймати людей з особливими потребами. В результаті виникає протиріччя між необхідністю подолання соціальної ізоляції дітей з обмеженими можливостями і відсутністю адекватних психологічних і соціально-освітніх умов для їх нормального функціонування і розвитку. Перш за все, мова йде про створення комплексної системи обслуговування, яка сприяє ефективній соціальній інтеграції дитини з обмеженими можливостями в суспільство.

У наукових роботах Алексеенко, розглянуто теоретичні та практичні аспекти соціально-педагогічної роботи з дітьми з особливими потребами. Теоретичний аналіз проблеми показав, що сьогодні ведеться багато досліджень, що стосуються освіти і навчання дітей та молоді з особливими потребами. Однак проблема інтеграції та соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями в суспільстві до кінця не вивчена (2005, с. 14).

Актуальність дослідницької проблеми «Соціалізація молодих людей з обмеженими можливостями в Інклюзивно-ресурсному центрі м. Ізмаїла» заснована на необхідності вирішення низки суперечностей щодо необхідності успішної соціалізації та інтеграції молодих людей з інвалідністю у суспільстві найбільш ефективними способами і засобами, розробка механізмів для її реалізації.

Для надання соціальної допомоги дітям і підліткам, які не можуть вести повноцінне життя через психічні або фізичні вади, пріоритетом є не тільки зміна ставлення суспільства до людей з особливими потребами та обмеженими можливостями в Україні як таким, а й зміна змінити уявлення молоді про власну життя і можливостях саморозвитку, самореалізації. Через обмеження не тільки в спілкуванні, але і в самодостатності, контролі над власною поведінкою і пересуванням молоді люди стають практично повністю залежними від інших людей, батьків, що негативно позначається не тільки на їх розвиток, а й негативно процес соціалізації.

Інклюзивні молодіжні центри є рушійною силою в розвитку і подолання проблеми соціалізації молоді з певними формами інвалідності, оскільки вони призначені для забезпечення цивільного і неформальної освіти, значимого дозвілля, можливостей для саморозвитку і самореалізації. Вдосконалюйте комунікативні навички, створюючи відчуття власної важливості і важливості.

Інтеграція молоді та дітей, а також їх включення в повноцінне і активне життя є важливим кроком у розвитку сучасного суспільства, оскільки жодна людина з обмеженими можливостями або без, не повинна бути відділеною від суспільства, а також наявність інвалідності не може зашкоджувати людині бути повноправним членом суспільства. Навчання проходить через розвиток пізнавальних інтересів, здобуття знань, формування початкових вмінь до інтеграції професійних ролей, цінностей і вмінь (Кубіцький, 2015, с. 71).

Відтак, актуальність означеної проблеми, її недостатня наукова розробленість і потреби освітньої практики зумовили вибір нами теми магістерської роботи: **«Позитивна соціалізація дітей з обмеженими функціональними можливостями засобами фізичної культури».**

Об'єктдослідження – соціальна і педагогічна робота з дітьми в Інклюзивно-ресурсному центрі м Ізмаїла.

Предмет дослідження – адаптивне фізичне виховання як один із методів соціалізації дитини з особливими потребами.

Мета дослідження –теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність технологій, розроблених для соціально-виховної роботи в Ізмаїльському центрі інклюзивних ресурсів та виявити методи фізичного адаптивного виховання для дітей з функціональними обмеженнями.

Гіпотеза. Здійснення процесу соціалізації дитини буде ефективним, якщо задіювати ресурси адаптивного фізичного виховання

Відповідно дооб'єкта, предмета, мети і гіпотези дослідження були сформульовані наступні **завдання**:

1. На основі аналізу наукової літератури визначити основні риси концепції інвалідності і соціальної інтеграції молодих людей з особливими обмеженими можливостями;
2. Виявити особливості соціалізації молодих людей з особливими потребами та охарактеризувати вплив їх власної невпевненості як фактора соціалізації;
3. Обґрунтувати важливість молодіжних центрів як платформи для розвитку та самореалізації молодих людей з обмеженими можливостями;
4. Дослідити і теоретично узагальнити комплексні програми розвитку і соціалізації молоді з обмеженими можливостями в Ізмаїльському центрі інклюзивних ресурсів.
5. Продемонструвати основні методики адаптивної фізичної культури для дітей з різними фізичними вадами.

Теоретико-методологічну основу магістерської роботи становили:

- філософські положення про соціальну сутність особистості, теорії особистісного, системного, та діяльнісного підходів у розкритті соціалізуючого впливу інклюзивно-ресурсного центру;

- дослідження ґрунтується на роботах видатних вчених та діячів в області соціальної роботи та соціальної педагогіки, таких, як-от: Г. Андреева, Т. Семігіна, В. Загвязинский, І. Зверєва, Т. Лорман, Л. Байда, А. Капська, І. Когут, Т. Комар, Л. Олиференко та ін.

У даній роботі використано наступні **методи дослідження**: *емпіричні*: аналіз, синтез, класифікація, порівняння та узагальнення основних визначень дослідження; визначення особливостей соціальної роботи із дітьми з інвалідністю; *теоретичні*: діагностика даних шляхом інтерв'ювання, проведення опитувань та бесід, вивчення роботи з дітьми з особливими потребами шляхом спостереження; моніторинг адаптивних фізичних вправ для дітей з різними фізичними вадами; складання статистики: якісно-кількісна обробка інформації для обґрунтування результатів, отриманих в ході дослідження.

Теоретичне значення магістерського дослідження: обґрунтовано соціалізуючий вплив на дитину адаптивного фізичного виховання.

Практичне значення результатів дослідження зосереджене у реалізації експериментально підібраної, теоретично обґрунтованої та систематизованої програми з соціальної роботи з дитиною в інклюзивному центрі, яку доцільним буде використовувати у функціонуванні дотичних організацій, які працюють з особами, що мають особливі потреби.

Достовірність результатів дослідження забезпечується подальшим застосуванням методик, які є аналогічними меті і завданням дослідження, кількісним та якісним аналізом отриманих даних, застосуванням методів з математичної статистики, результатами експериментальних завдань.

Джерельна база дослідження складається з наукових публікацій, матеріалів преси, статистичних збірників, досвіду вчених, Internet ресурсів

Апробація результатів дослідження. Основні результати та положення наукового дослідження викладено у матеріалах наступних наукових конференцій: Традиції та інновації в сучасній педагогічній

діяльності: європейський вимір (Ізмаїл, ІДГУ, 22.11.2019 р.); Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (Переяслав, 20.10.2020 р.)

Основні положення дослідження висвітлено у публікаціях:

Нікул М. (2019) Ефективна соціалізація дітей з обмеженими можливостями засобами фізичної активності. *Традиції та інновації в сучасній педагогічній діяльності: європейський вимір*. Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 96 с. С. 66-67.

Нікул М. (2020) Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»*: Зб. наук. праць. Переяслав. Вип. 64. 301 с. С.60-62.

Нікул М. (2020) Позитивна соціалізація дітей з обмеженими функціональними можливостями засобами фізичної культури. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»*: Зб. наук. праць. Переяслав. Вип. 64. 301 с. С.62-65.

Експериментальна база дослідження: Комунальна установа Ізмаїльської міської ради Ізмаїльський Міський Інклюзивно-ресурсний Центр (Одеська обл., м. Ізмаїл, вул. Гагаріна, буд.2А). Кількість респондентів 48 осіб.

Структура й обсяг наукової роботи. Дослідження включає вступ, три розділи (теоретичний, практичний, методичний), висновки, список використаних джерел (84 пункти). Загальний обсяг роботи – 90 сторінок, з яких 83 – основний текст.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

1.1. Поняття інвалідності та соціальна інтеграція дитини з особливими потребами

Проблема інвалідності далеко не нова і, без перебільшення, зачіпає всю історію людства. Ця концепція різноманітна, складна і залежить від економічного, політичного і соціального розвитку суспільства, його культури, освіти та моральності. З розвитком суспільства концепція інвалідності змінилася, і ставлення до людей з обмеженими можливостями змінилося відповідно. Існуючі проблеми інвалідів в Україні показують, що і держава, і суспільство вимагають більшої уваги. Практика показує, що значна частина положень про захист осіб з обмеженими можливостями застаріла і не відповідає загально визнаним міжнародним стандартам.

Ряд досліджень (С. Богданова, О. Іванова, І. Козуб, Р. Кравченко, К. Міщенко, В. Тарасенко, М. Провоженко і ін.) присвячені питанню інвалідності, реабілітації та соціального захисту. Однак вченим не вдалося досягти єдності у визначенні понять «інвалід», «дитина-інвалід», «інвалідність». Найбільш часто використовувані терміни: «інваліди», «люди з особливими потребами», «люди з обмеженими можливостями», «люди з особливими потребами»; У законодавчій сфері України використовуються терміни «інвалід», «дитина-інвалід».

Поняття «інвалідність» (від лат. *Invalidus*– безсилий, слабкий) вперше згадується в Декларації прав людей з обмеженими можливостями (1975 г.). і визначається як нездатність людини самостійно (повністю або частково) задовольняти потреби нормальної або соціального життя через вродженого або набутого відсутності фізичних або розумових здібностей (Капська, 2009, с. 38).

У соціальній педагогіці визначення поняття «інвалід» розглядається як обмеження життя людини через фізичні, сенсорні або психічні вади, з цієї причини їм потрібна підтримка, допомога та соціальний захист.

Вчені Л. Байда, О. Красюкова-Енс визначають п'ять найпоширеніших визначень статусу «інвалідності» наступним чином:

- 1) біомедичний: порівняно із захворюванням або дефектом, пов'язаним зі здоров'ям, і вказує на конкретну фізіологічну проблему у людини;
- 2) загально людський вважається «людською трагедією». Отже, людина з інвалідністю є об'єктом співчуття та підтримки, а її стан є основою соціологічного стресу для всіх оточуючих, що відображає «інвалідність» як форму «відмінності» людини від «норм»;
- 3) соціальний. що не дозволяє повноцінної участі. у житті суспільства і відрізняє людину з обмеженими можливостями серед інших громадян;
- 4) економічний: вимірюються величиною соціальних витрат, понесених на утримання (лікування, реабілітацію, фінансову підтримку) людей з інвалідністю, вони є причиною зростання витрат і нижчої продуктивності праці порівняно зі здоровими людьми;
- 5) соціально-політичний: інвалідність не слід розглядати ізольовано від суспільства, оскільки соціальний та фізичний світ часто є причиною обмежень людей з інвалідністю.

«Інвалідність» є наслідком того, що навколишнє середовище не відповідає можливостям людини.

Провівши аналіз цих визначень, виявлено, що перші чотири схожі, тому що у них є проблема, яка полягає в тому, що «інвалідність» визначається тільки всередині людини, і це має ряд негативних рис: воно не тільки знижує здатність людей з обмеженими можливостями, але і усіх інших. У цьому й виявляються основні:

- ознаки ізоляції і дискримінації;
- створення відчуття непотрібного дискомфорту;

- при виявленні проблем і потреб основна увага приділяється медичному аспекту.

Нарешті, п'яте визначення значно відрізняється в інтерпретації визначення «інвалідність», оскільки воно виводить термін з індивідуальної сфери і переносить його в сферу соціального середовища. Отже, інвалідність – це проблема не самого інваліда, а суспільства, в якому людина не може повністю реалізувати себе через постійний тиск з-за власних недоліків і нездатності виконувати певні функції здорових людей.

Наприклад, молоді люди з обмеженими можливостями – це люди, які в порівнянні зі здоровими людьми повністю або частково втратили здатність або можливість самостійно виконувати певні функції через хворобу, травми або вроджених дефектів (Когут, 2014, с. 62).

Поняття «інтеграція» (від латинського «інтеграція» – відновлення, оновлення і ціле – все) в нинішніх умовах не знайшло широкого поширення, в основному через відсутність досить розвиненою правової бази та кількості навчальних та реабілітаційних центрів, які пройшли навчання у професіоналів, хоча їх функціональні обов'язки описані і описані в науковій літературі.

Теоретичний аналіз роботи вчених, які досліджували поняття «інтеграція» (О. Безпалько, І. Зверева, І. Холостов і ін.), Показує, що загальним недоліком є відділення інтеграційного процесу від реалізації заходів. Його проведення.

Термін «інтеграція» у зазначених вище авторів має істотні відмінності, що ускладнює сприйняття його як однозначного визначення, тому інтеграція сприймається як процес та результат становлення зв'язків, які забезпечують взаємозалежність елементів і появу інтегративних якостей. Тоді, як поняття інтегрування – розкриває лише процес інтеграції і є вужчим поняттям.

Вишняков (2000) у своїх роботах «концепцію соціальної інтеграції розглядається як кінцевий результат», тобто досягнення кінцевої мети цього процесу, коли людина з інвалідністю входить в суспільство і не відчуває

дискомфорту. Метою соціальної інтеграції є створення суспільства, в якому кожна людина відчуває себе комфортно і активно бере участь в своєму розвитку.

Соціальна інтеграція людей з обмеженими можливостями – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених соціальних зв'язків і відносин.

Соціалізацію розглядають і як процес інтеграції, і як процес формування, розвитку і становлення особистості під впливом навчання, виховання та засвоєння елементів культури, норм, цінностей і соціальних ролей, які є сутнісними для цього суспільства та певних соціальних спільностей (Галузевський, 1995, с.8).

У той же час «соціальна інтеграція» розглядається як діяльність, яка зачіпає як особистість фахівця, який сприяє процесу інтеграції, так і особистість людини з обмеженими можливостями, який втручається в процес інтеграції.

Таким чином, можна стверджувати, що соціальна інтеграція – це процес, який представляє собою динамічну систему, в якій досягнення стратегічної мети – відновлення соціального статусу людей з обмеженими можливостями – призводить до включення людей з обмеженими можливостями в усі соціальні системи і інститути, групи суспільства. Зв'язки для здорових людей, а також їх активну участь в основних сферах життя і діяльності суспільства за віком і статтю.

На практиці для соціальної інтеграції молодих людей з обмеженими можливостями використовується ряд основоположних документів світового співтовариства: Загальна декларація прав людини (1948 р), Декларація прогресу і соціального розвитку (1969 р). Декларація про права людей з розумовими вадами (1971), Декларація про права людей з обмеженими можливостями (1975 р.) , Стандартні норми, що гарантують рівні можливості для осіб з обмеженими можливостями (1994 р.).

Міжнародно-правові акти стали відправною точкою для розробки постанов і законів України про захист і допомогу інвалідам різних категорій, таких як Закон України «Про основи соціального захисту інвалідів в Україні» (1994 г.), Кабінет Міністрів 2000), Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту людей з обмеженими можливостями та відзначення Року інвалідів в Україні в 2003 р» (2002 р.). Ці та інші правові документи в певній мірі сприяють реалізації програми компенсації для людей з обмеженими можливостями, яка почалася в 1992 році. У той же час правова база дозволила розробити систему соціального захисту людей з обмеженими можливостями, прийнявши з урахуванням реальної ситуації в Україні. Страхування, соціальна допомога, система пільг і компенсацій, така як соціальна підтримка, економічна підтримка програм соціального захисту людей з інвалідністю, медична підтримка людей з інвалідністю, організація їх навчання і соціальної і професійної реабілітації і т. д.

Отже, інтеграція – це процес надання особам з функціональними обмеженнями реальних можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя на рівні і разом з іншими членами суспільства в умовах що компенсують йому відхилення в розвитку.

1.2. Розвиток впевненості в собі у молоді з інвалідністю як один із чинників успішної соціалізації

Важливим аспектом соціально-психологічної адаптації людей з обмеженими можливостями є розвиток впевненості в собі, впевненості в своїх силах, навичках і прагнення до досягнення мети для власного розвитку і вдосконалення особистості.

У психологічній і педагогічній літературі проблема довіри вивчалася в різних областях: самооцінка, самоповага (У. Джеймс, С. Куперсмит, С. Максименко, М. Розенберг і ін.); (І. Бех, М. Боришевський, І. Кон та ін.); Я концепція (Р. Бернс, Е. Еріксон та ін.); Саморегуляція (О. Леонт'єв,

В. Петровський, С. Рубінштейн та ін.); Якість волі особистості (М. Левітін, О. Черніков та ін.).

У зв'язку з питанням важливо уточнити суть терміна «впевненість». Щоб визначити і охарактеризувати поняття «віра у себе», ми спочатку звернемося до словникових джерел, які пояснюють це як: «Віра в щось, почуття впевненості в собі і навколишньому середовищі; суб'єктивне відчуття власне своєї здатності до виконання тих завдань, з якими він стикається в житті, і тих, які він собі пропонує». Це може проявлятися в певних видах діяльності, при цьому відношення суб'єкта до реальності є стійким якістю особистості. Формування впевненості в собі – це формування прагнень і відповідного почуття власної гідності (відповідно до людськими здібностями); «Готовність респондента вирішувати складні проблеми і обсяг скарг залишаються стабільними по відношенню до страху невдачі. Якщо рівень навичок набагато нижче, ніж потрібно для запланованої дії виникає впевненість в собі або невпевненість в собі».

Так, наприклад Лукашевич (1998) розглядає поняття «самосвідомість» як якість особистості, центральним формуванням якого є позитивна оцінка його здібностей і вмінь для досягнення цілей і задоволення власних потреб. На думку вченого, «досягнення життєвого успіху менш важливо для розвитку впевненості в собі, ніж оцінка результатів колег». Позитивна оцінка формує впевненість в собі, визначає соціальну сміливість при плануванні наступних завдань, сприяє розвитку позитивної мотивації до дії, розвиває ініціативу.

За словами А. Сіренко (2016, с. 59) «впевненість у собі проявляється в позитивному ставленні до себе, реалізації власних бажань через взаємозв'язок своїх здібностей і бажаного результату; відповідна самооцінка діяльності; Вартість життя ініціативи і активності».

Комар (2005, с. 27-30) експериментально визначила переважно негативні особистісні психо-емоційні моменти молодих людей з обмеженими можливостями: більш високий рівень страху, уникнення та запобігання з

метою відхилення від існуючих проблем у відносинах з іншими людьми; жорсткість та непіддатливість у поведінці, занепокоєння, негодування, почуття провини (об'єднання своїх недоліків), залежність.

За думкою дослідниці, для розвитку людини з особливими потребами важливо почувати прийняття найближчого оточення, формування ініціатив, самостійності та створення успішних ділових ситуацій. З теоретичного аналізу дослідників можна підтвердити, що проблема впевненості пов'язана з продуктивною і когнітивною сферою особистості. Вони збігаються з позицією Котова І.Б та Шиянов Е.Н. (1997), які впровадили поняття «довіра» разом з поняттям «недовіра», згідно з яким індивід поєднує в собі стан вольової активності і пасивності. Вибір одного з компонентів призводить до специфічного підходу до проблеми розвитку особистості.

Сумніви у людей з обмеженими можливостями пов'язані з впливом сім'ї, ставленням членів сім'ї і людини до своєї хвороби. Надмірно м'яке поводження з дітьми з дитинства призводить до гальмування розвитку самостійності та ініціативи, а гіперпідклування і надмірний страх створюють у дитини тверде переконання, що вона сама нічого не варта.

Неприйняття батьками хвороби дитини, недовіра до фахівців і методам лікування, агресія по відношенню до оточуючих створюють умови, при яких дитина сприймає себе як тягар і не відчуває себе потрібним, цінним, що в подальшому істотно впливає на їх соціалізацію. Прийняття: означає бажання батьків навчити дитину піклуватися про себе, брати участь у спільних справах, спілкуватися з однолітками, вірити у власні успіхи і можливості.

Ефективність психологічної адаптації залежить від правильного сприйняття себе і своїх соціальних зв'язків, цілей і ціннісних орієнтацій. Спотворена або недорозвинена самооцінка веде до розладів адаптації в суспільстві.

Це додає впевненості в собі з дитинства та істотно впливає на соціалізацію молодих людей з обмеженими можливостями в майбутньому. Завдання дорослих – підтримати дитину, допомогти йому інтегруватися в

суспільство і соціалізуватися, розвинути навички самообслуговування, створити можливості для саморозвитку і самореалізації свого потенціалу.

1.3. Особливості соціалізації молоді з обмеженими можливостями у сучасному суспільстві

Поняття «соціалізація» активно вивчався в роботах А. Госіна, І. Толман, Е. Маккоббі і ін. У 1940-і рр. У нашій країні питання соціалізації стало предметом дослідження І. Кона, В. Паригіна в 1970-х – початку 1980-х рр. Завдяки працям вчених вперше у вітчизняній навчальній літературі було введено уявлення про особисту активності в процесі входження в суспільство і його інтеграції.

Концепція соціалізації різноманітна і складна. Його вивчає філософія, соціологія, антропологія, соціальна психологія і освіта, і кожна з цих наук фокусується на конкретному аспекті цього явища. Найбільш поширені визначення поняття «соціалізації» наведені в таблиці 1.1.

Визначення поняття «соціалізація» відомих вчених

Таблиця 1.1.

Автор	Пояснення означення «соціалізації»
Т. Парсонс	Соціалізація: поєднання індивідуальної мотивації з функціональні потреби суспільства (1957, с. 24)
Г. Андреева	Соціалізація – це двосторонній процес, який включає: з одного боку, асиміляція індивіда соціальному досвіду при вході в соціальне середовище, система соціальних відносин; з іншого боку – процес активного відтворення соціальних систем індивідом, зв'язків

	через соціальну інтеграцію у навколишнє середовище (2003, с. 17).
Б. Вульфів	Соціалізація: здатність людини домінувати (фізичне), моральне, соціальне виживання як доступність при існуючих та нових обставинах, вибір правильного образу життя, зберігаючи його активну позицію (1994, с. 64).
А. Капська	Соціалізація – це процес поступового вступу людини в соціальному сферу, який супроводжується асиміляцією і відтворенням культури суспільства, заснована на взаємодії людини з побудованою спонтанно і цілеспрямовано на умови життя в будь-якому віці (2009, с. 218).
Т. Кравченко	Соціалізація – це процес розвитку у дитини норми, правил, цінностей, моделей поведінки, навчання основним параметрам особистості (освіченості, почуттів, здібностей) за рахунок входів у життєдіяльність суспільства та творчих досягнень особистих ролей суспільства (2009, с. 198)

Соціалізація (від латинського *socialis* – соціальний) – це процес входження індивіда в суспільство, засвоєння соціального досвіду, ролей, норм і цінностей, необхідних для успішного життя.

Труднощі молодих людей з особливими потребами пов'язані не тільки з відчуттям фізичної обмеженості або дискомфорту, переживанням втрати

своїх можливостей, але і з «багажем» негативного ставлення, з яким людина стикається навколо себе. Адже інвалідність пов'язана не тільки з фізичним станом, або розумова відсталість. Подання про молоду людину з особливими потребами як про людину, яка не може багато робити і потребує допомоги інших, часто породжує співчуття, а це, в свою чергу, заважає його включенню в активні соціальні відносини. Щоб уникнути такого ставлення, Молоді люди з особливими потребами зазвичай спілкуються тільки зі своїми однолітками. Особливо актуальна проблема соціалізації молодих людей з важкими фізичними та розумовими вадами.

Сьогодні суспільство стало більш терпимим до проблеми інвалідності.

Тема соціалізації виникає з раннього дитинства і сприяє поступовому включенню дітей з обмеженими можливостями в суспільство. Для вирішення цієї проблеми також викликаються спеціальні установи, мета яких – допомогти дитині самоствердитися і максимально інтегруватися в суспільство. Для надання будь-якої всебічної допомоги дітям з обмеженими можливостями спеціалізовані установи для роботи з дітьми та підлітками з особливими потребами повинні стати їх основним, але не єдиним місцем проживання. Важливим завданням спеціалізованих установ є формування в суспільстві розуміння проблем дітей, підлітків та молоді з особливими потребами.

Однак це тільки початковий етап, і ви не завжди можете добитися успіху. Діти ростуть, стають більш незалежними і починають приймати власні рішення. Молоді люди з обмеженими можливостями мають не тільки комфортно почувати себе в сучасному суспільстві, а й мати всі відповідні можливості для саморозвитку, самореалізації та реалізації власних ідей. Однак цього часто заважає невизначеність і можливість щось змінити, а також відсутність платформ для повної реалізації свого потенціалу, не дивлячись на певні недоліки. Один з можливих способів вирішення цієї проблеми – відкриття нових та існуючих інклюзивних молодіжних центрів,

які не тільки забезпечують всі відповідні архітектурні умови, а й розробляють програми по роботі з молоддю та її інтеграції в суспільство.

1.4. Фізичне виховання як один із чинників успішної соціалізації дітей з обмеженими можливостями

Сьогодні в Україні проводиться важлива робота щодо вирішення проблеми безперешкодного доступу людей з обмеженими можливостями до спортивних споруд, медичним установам і будівлям самоврядувань. У регіонах реалізуються програми, що передбачають вирішення проблем матеріального забезпечення розвитку фізичної культури, а також спортивно-реабілітаційної роботи для інвалідів.

У зв'язку з цим рішення проблеми соціалізації інвалідів за допомогою фізичної культури і спорту є актуальним і соціально значущим. Нарешті, одна з найважливіших проблем соціалізації інвалідів – їх участь в систематичній руховій активності.

Таким чином, виявляється, більшість людей з обмеженими можливостями дізналося про можливість займатися фізкультурою і спортом від друзів. Організаційно-педагогічні заходи створюють середовище, яке виховує, за місцем проживання дітей і молоді та є одним із видів соціально-педагогічної профілактики алкоголізму та наркоманії (Чабан, 2003, с.19-21).

Крім того, інваліди вказали на важливість спілкування для них, що дає нам підстави визнати важливість спорту для соціальної інтеграції людей з особливими потребами. При цьому жоден з інвалідів не згадав про особистому контакті із співробітником спортивного закладу.

Однак опитування тренерів показав, що більшість з них заявляють, що зацікавлені в своїх учнях, оскільки вони дізналися про можливості навчання. Аналіз відповідей підтвердив дані про обізнаність інвалідів про діяльність знайомих. За словами тренерів, 47,4% і 50,0% людей дізналися від демонстрацій на масових святах в місті і на спортивних змаганнях. 44,7%

людей з обмеженими можливостями на телебаченні; 42,1% людей з обмеженими можливостями дізналися щось про медичні курсах, найнявши фахівців із соціальної медицини; У 50% випадків батьки почали навчати дітей. 28,9% дізналися з оголошення в газеті; Тільки 5,3% людей з обмеженими можливостями були повідомлені по телефону з спортивного об'єкта. Стільки ж тренерів (5,3%) повідомили, що їх учні чули інформацію по радіо.

Іншими словами, підтверджуються дані про недостатню ролі ЗМІ в освіті. Відстежується особиста і неадекватна активність педагогів-вихователів у залученні дітей з обмеженими можливостями до працевлаштування.

Однак оцінка власної діяльності тренерами була дуже високою. Наприклад, 92,1% респондентів заявили, що їх діяльність, спрямована на включення людей з обмеженими можливостями в звичайну фізкультурно-спортивну діяльність, є регулярною, а 7,9% – дуже активними. Інструктори також вказали на необхідність створення умов для людей з особливими потребами з точки зору доступу до роботи, що є дуже серйозною перешкодою для їх соціальної адаптації.

Тому спорт і спорт важливі для соціальної інтеграції людей з особливими потребами.

Висновки до першого розділу

Проблема інвалідності далеко не нова і, без перебільшення, охоплює всю історію людства. Вчені по-різному визначають поняття інвалідності. Л. Байда та О. Красюкова-Енс виокремили п'ять найбільш поширених визначень цього розладу: біомедичне визначення, філантропічне визначення, соціологічне визначення, економічне визначення і соціально-політичне визначення. Це останнє визначення радикально відрізняється в тлумаченні терміну «інвалідність», оскільки воно виводить термін з індивідуальної сфери і переносить його в сферу соціального середовища.

Тобто, молоді люди з функціональними порушеннями – це люди, які в порівнянні зі здоровими людьми повністю або частково втратили здатність або можливість самостійно виконувати певні функції через хворобу, травми або вроджених дефектів.

Ефективність психологічної адаптації залежить від адекватного сприйняття себе і своїх соціальних зв'язків, цілей, цінностей і прийняття свого соціального статусу. Спотворене або недорозвинене уявлення про себе в кінцевому підсумку призводить до розладів адаптації. Впевненість в собі формується з дитинства і значно впливає на соціалізацію молодих людей з обмеженими можливостями в майбутньому.

Отже, для більш успішного вирішення проблеми соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями «в першу чергу» необхідно змінити як ставлення суспільства до людей з певними формами інвалідності, так і розуміння людьми своїх власних навичок.

Сьогодні суспільство стало більш терпимим до проблеми інвалідності. Тема соціалізації виникає з дитинства і сприяє поступовому включенню дітей з обмеженими можливостями в суспільство. Крім того, з року в рік зростає кількість спеціалізованих установ і фахівців в цій сфері.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами слуху

Причини і місце ураження органу слуху впливають на сприйняття звуків. Глухота знижує здоров'я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків аналізатора слуху з іншими органами і системами організму показує, що пошкодження органів слуху може викликати порушення:

- рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;
- почуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;
- функції м'язів рота, суглобів, горла і гортані;
- несвідомі автоматичні руху екстрапірамідної системи;
- автономні реакції організму.

Глухота – це повна втрата слуху або ступінь втрати слуху, при якій розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих страждають втратою слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Цей стан визначається як втрата слуху або глухота (Деделюк, 2014, с. 21).

Сприйняття звуків залежно від рівня пошкодження системи слуху

Таблиця 2.1.

Мета і завдання педагога	Практичне здійснення роботи
<ul style="list-style-type: none"> • знання та розуміння цінностей учня, його цілей, проблем, бажань, зусиль, інтересів; • знання та розуміння переконань учня, його покликання, можливостей та навичок. 	<ul style="list-style-type: none"> • визначити сферу інтересів учня; • дізнатися зміст самостійних дій учня; • визначити пріоритети учня при виборі теми діяльності, спорт інвентаря;

	<ul style="list-style-type: none"> • знати самооцінку учня, • визначати причини сумнівів, побоювань, переживань
--	---

Порушення рухової активності може мати такі симптоми:

- порушення статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- повільне оволодіння моторикою і вміннями; з
- збільшення часу на рухові реакції і виборних реакції;
- зменшення сили
- затримка стрибка;
- нераціональний розподіл фізичних навантажень під час руху;
- низька швидкість руху;
- порушення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і предмети;
- недостатність почуття захищеності;
- переважання зорово-м'язових уявлень над кістково-м'язової системи;
- знижена точність сприйняття;
- знижена точність відтворення часових параметрів;
- недостатня координація та небезпечність пересування.

Тести для глухих. Лікарі проводять перевірку слуху по методикам Рінне, Вебера і Швабаха. Обов'язково є перевірка вестибулярної функції – виявлення скарги на запаморочення, наявність ністагму, дисбаланс, збій, вміння правильно провести тест на кінчиках пальців.

При оцінці рухових навичок особлива увага приділяється наступним тестам:

- швидкість, точність відтворення рухів певної амплітуди, точність руху цілі;
- точність розрізнення великих і менших м'язових зусиль;

- уміння встановлювати просторово-часові зв'язки;
- синхронність.

Фізичне виховання глухих має ряд конкретних завдань.

- вестибулярне тренування;
- поліпшення просторової орієнтації;
- розвиток вміння ідентифікувати людей і предмети;
- швидкість зміни уваги для кращої орієнтації;
- покращення реакцій;
- збільшення швидкості рухових реакцій;
- розширення уявлень опорно-рухового апарату;
- збільшення пам'яті м'язів.

Особливий опір на розвиток навичок і вмінь при глухоті:

- вміння раціонально аналізувати ситуацію;
- здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями;
- раціональний розподіл фізичних навантажень;

Способи фізичного виховання:

- загальні розвиваючі фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);
- дихальна гімнастика (з тривалим видихом);
- вправи на зміцнення м'язів хребта;
- вправи на розвиток координації;
- гімнастичні елементи;
- елементи акробатики;
- аеробіка;
- вправи на танцювальний ритм;
- танець;

- спорт: бадмінтон, баскетбол, боротьба і греко-римська боротьба, боулінг, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей з м'ячем, шахи.

Техніка формування рухових уявлень, умінь і навичок вимагає дотримання наступній послідовності:

- положення голови (при глухоті людина часто повертає або нахиляє голову, щоб краще вловити звук, що негативно позначається на хребті);
- правильне дихання;
- раціональна постава (особливо актуальне це питання при травмах вестибулярного аналізатора);
- основні характеристики руху;
- довільні і мимовільні рухи;
- рух очей, організація рухів тіла;
- координація згиначів і розгиначів;
- руху і дихання;
- раціоналізація дій.

До особливостей методики фізичного виховання глухих можна віднести наступні положення:

- фахівець повинен володіти жестовою мовою.
- використовувати в класі раціональні візуальні повідомлення;
- широко використовувати арсенал відеороликів (візуальне відображення);
- отримані навички завжди наочно демонструвати;
- учитель повинен стояти перед учнями при спілкуванні, щоб вони могли бачити їх обличчя і губи (артикуляцію).
- при усних поясненнях пам'ятати про виразності вашої артикуляції;
- уникнення міміки і жестів, не пов'язаних з проблемою;
- при спілкуванні з учнями вчитель повинен бачити їх очі (зворотний зв'язок).

- учитель повинен час від часу запитувати учнів, як вони зрозуміли матеріал.
- краще ще раз перевірити, чи правильно зрозуміли учні, особливо якщо мова йде про профілактику травм.
- кожні 15 хвилин робити перерви (інтервал визначається часом концентрації, після закінчення якого розвивається стомлюваність);
- вибирати ігри з простими правилами.
- використовувати візуальні, тактильні і кінестетичні підказки (ліхтарі, що світяться прапорці, конуси, кулі).
- уникати словесних реплік під час гри. При необхідності вийти з гри і разом пояснити правила всім гравцям.
- уникати впливу шуму;
- організувати взаємну підтримку учнів;
- прагнути вчасно розпізнавати вираження емоцій на обличчі;
- забезпечити хороше освітлення;
- при пошкодженні вестибулярного апарату уникайте вправ та ігор, які можуть мати негативні наслідки.

2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами зору

Зоровий аналізатор дозволяє людині сприймати 90% зовнішньої інформації. Сліпота: повна невиліковна двостороння відсутність зору (в цих випадках використовуйте термін повна сліпота) (0) або залишковий зір (гострота зору: сприйняття світла 0,03-0,04, включаючи корекцію в кращому оці або звуження поля зору до 10 °. В кращому оці незалежно від гостроти зору). У разі збереження сприйняття світла на рівні відмінності між світлом і темрявою або залишкового зору, що дозволяє вважати пальці біля особи, розрізнити контури, силуети і кольору предметів прямо перед очима, Поговоримо про більш практичної сліпоти. Слабкий зір: гострота зору кращого ока з корекцією зору становить 0,05-0,4, що дозволяє бачити в сприятливих умовах, коли видимість невисока.

У спеціальних школах слабкозорі діти діляться на групи:

- повністю сліпі;
- ті, що мають почуття світла, яке дозволяє відрізнити світло від тіні;
- із залишковим зоровим сприйняттям, що дозволяє розрізнити контури предметів на невеликій відстані;
- з гостротою зору 0,01-0,04, що дозволяє візуально орієнтуватися при русі і розрізнити форму предметів і яскраві кольори на відстані;
- з гостротою зору 0,05-0,08, при якій можна: сприймати контури предметів, кольорові тіні, розрізнити рухомі предмети на відстані, бачити контрастні зображення, контури, кольорові зображення, читати великий шрифт;
- з гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє візуально орієнтуватися в просторі, контролювати свій робочий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати.

За статистикою, 84% учнів спеціальних шкіл для сліпих є слабким зором, а 16% – сліпими. Проблеми, які вчителю доводиться долати в рамках тренувального процесу:

- зниження обізнаності про власні рухи, самоконтроль рухової активності;
- неможливість швидкого переходу на нову структуру інформування;
- проблема орієнтації в просторі.

При патології органу зору особлива увага приділяється питанню прийому на роботу. До тренувань допускається людина з патологією, при якій відсутній ризик погіршення зорової функції через фізичні навантаження. Такі захворювання відносяться до групи А. Група Б об'єднує людей із захворюваннями очей, схильних до прогресування і погіршення зорової функції. Мається на увазі повну заборону пересування або важливі обмеження, встановлені офтальмологом.

Сформованість групи з занять дітей з вадами зору враховує:

- 1) патологію очей;
- 2) рівень фізичної підготовки;
- 3) захворювання інших органів і систем;
- 4) ступінь дефекту зору (центральний зір, вид оптичної корекції, поле зору);
- 5) участь у роботі певних груп м'язів;
- 6) психоемоційний стан;
- 7) вік;
- 8) статеву приналежність.

Призначення, цілі та засоби фізичного виховання слабозорих. Успіх фізичного виховання залежить від того, наскільки повно сліпі в повній мірі сприймають знаки і властивості предметів, явищ і ситуацій. Завдання викладача – послідовно і планомірно розвивати пізнавальну сферу учня.

«Первинна *профілактика* включає загальну популяцію дітей, підлітків і молоді, а метою є формування активного, адаптивного, високо функціонального життєвого стилю, спрямованого на здоров'я» (Парфанович, 2009, с. 5).

Метою фізичного виховання для людей з вадами зору є забезпечення максимальної свободи, ефективності, економічності і безпеки при фізичній активності.

Завдання з фізичного виховання для людей з порушеннями зору:

- розвинути здатність рухатися певним чином;
- розвивати здатність взаємодіяти з навколишнім середовищем і об'єктами, які її заповнюють, для виконання важливих ефективних економічних заходів.

Конкретні завдання фізичного виховання для людей з порушеннями зору:

- розвиток стійкості, статичної та динамічної рівноваги;
- сприйняття навколишнього середовища через окремі сенсорні системи, а також сприйняття приміщення в цілому;
- удосконалення навичок орієнтування в просторі за рахунок справних сенсорних систем;
- усунення скутості і обмежень пересування;
- розвиток вміння відчувати і оцінювати швидкість рухів, їх амплітуду, ступінь напруження і розслаблення м'язів;
- поліпшення всіх характеристик рухів;
- розширення моторних уявлень, рухової пам'яті і обсягу моторики;
- виправлення недоліків у фізичному стані, розвивати спритність і силу;
- розвиток візомоторних реакцій.

Засоби: вправи для хребта; Дихальні вправи; гімнастика; Рухливі ігри; аеробіка; Вправи на розслаблення; плавати; Вправи для очей; важко; гімнастика; Волейбол; танець; Гандбол; сумочка; Міні-футбол.

Тифлологія фізичної культури – набір тифлологічних пристроїв і пристосувань, які допомагають сліпим освоювати руху тіла, вправи, бігати, стріляти, плавати і т. д. Сюди входять тактильні індикатори та індикатори вібрації, а також візуальні індикатори поганого відображення. полісенсорні

діагностичні пристрої, пристрої оптичної корекції, аудіовізуальні пристрої та пристрої, що зберігають електронно-оптичні системи, спеціальні пристрої відеоспостереження з відеозаписом, пристроєм порівняння.

Методи навчання спортивній техніці. Заняття повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, поліпшуючих орієнтування незрячих людей, забезпечуючи безпеку під час занять. Важлива точна оцінка тренером (або його помічником) здійснення рухів, передбачених кожною методикою. Введення термінових коректив сприяє більш ефективному навчанню диференціюванню точності рухів в просторі, в часі і по ступеню м'язових зусиль.

Метод словесного опису дій, які повинен виконувати адаптивний спортсмен, включає опис частин тіла, які беруть участь у виконанні рухів. Контроль техніки виконання, активація та поглиблення сприйняття, оцінка результатів і напрям поведінки учня вимагають володіння словом.

Метод селективно-сенсорної демонстрації включає відтворення окремих рухів (зазвичай в часі і просторі-часі) з використанням апаратних пристроїв, за допомогою яких ви можете прослуховувати вивчені параметри (наприклад, акустична демонстрація за допомогою метронома або радіообладнання).

Метод спрямованого «сприйняття» рухів виражається зосередженням уваги учня на сприйнятті сигналів від опорно-рухового апарату в крайніх точках діапазону руху. Пропріоцепції поліпшується під час вправ. Так, рекомендується повторити пояснення і демонстрацію правильного виконання вправи 4-8 разів, а потім вислухати 2-3 відповіді учнів про вправу. Потім учитель пояснює становище окремих частин тіла у вправі, а учні визначають і оцінюють точність рухів.

Методика використання спеціальних тренажерів і різних пристроїв, «насилено» встановлюють параметри рухів, необхідних для їх практичного відчуття.

Автокардіоліди, які встановлюють програму циклічної тренування на частоту серцевих скорочень, порівнюють задану частоту з поточною, яку студент регулює за допомогою автоматичного електронного пристрою.

Метод керівництва (сучасне сенсорне програмування) полягає у використанні звукових гідів в гонці для тренування «прямого забігу», що є одним з найскладніших етапів навчання в цій нозології.

Метод термінової інформації: сучасний технічний метод, при якому в разі виникнення надзвичайної ситуації учень отримує об'єктивну інформацію про хід рухів для їх виправлення або заданих параметрах за допомогою зв'язку з радіо або за допомогою електронних звукових інформаторів. мініатюра, прикріплена до тіла спортсмена. Для зберігання і сигналу, що порушує техніку виконання рухів, а також електронних навантажувальних пристроїв для моделювання гучності звуку, які надають інформацію про зусилля, необхідному для спортивного снаряда.

В ході уроку можна також керуватися строго регламентованими методами вправ, такими як:

- метод конструктивної вправи на розчленування (навчальне дію в розчленованому вигляді з послідовним об'єднанням частин в ціле);
 - вибір методу вправ (вибіркову дію з урахуванням певних аспектів структури руху або певних фізичних характеристик). Особливістю техніки адаптивно-фізичного виховання при сліпоті є розвиток:
- м'язово-скелетних відчуттів;
- орієнтація в просторі;
- тимчасова орієнтація;
- уміння відчувати ритм і швидкість рухів, їх амплітуду і ступінь напруги м'язів.

В роботі сліпих розрізняють два типи орієнтації в просторі: макроорієнтацію (в необмеженій приміщенні) і мікроорієнтацію (в «маленькій» кімнаті, обмеженою досяжністю рук).

Для правильного сприйняття порушень зору повинні бути створені певні умови: забезпечити достатній кутовий розмір предметів, контрастність, яскравість і необхідний рівень освітленості.

2.3. Адаптивне фізичне виховання при порушеннях опорно-рухового апарату

У галузі фізичного виховання і спорту для інвалідів з порушеннями опорно-рухового, є нозології, такі як умови після ампутації кінцівок, пост-спінальна умовах травми мозку, а також поліомієліт і церебральний параліч.

Завдання і ресурси адаптивного фізичного виховання при захворюваннях опорно-рухового апарату.

До загальних завдань відносяться:

- відновлення центру ваги тіла;
- відновлення м'язового балансу;
- корекція деформацій всієї опорно-рухового апарату, постави;
- розвиток координації, рухливості, опірності, гнучкості;
- усунення патологічних компенсацій.

Конкретні завдання:

- відновлення симетрії тіла (плечового і тазового поясів);
- поліпшення почуття рівноваги;
- відновлення рухливості в проксимальних суглобах за рахунок ампутації і здорових кінцівок;

- розвантаження сегментів з найбільшими навантаженнями по відношенню до зміщення центру ваги тіла;
- корекція порушень постави;
- розвиток м'язової сили в проксимальних відділах ампутації;
- підвищення сили і витривалості м'язів спини, нижніх кінцівок і черевного преса;
- профілактика плоскостопості і залишкової атрофії кінцівок.

АФВ при ампутації:

- вестибулярне тренування;
- дихальні вправи;
- розслаблюючі вправи (метод Ловицького);
- відновлення симетрії плечового пояса, тонус м'язів таза і спини для глибоких і поверхневих м'язів спини;
- відновлення сила;
- збільшення діапазону рухів;
- розмежування м'язових зусиль, що покращують здатність розрізняти простір;
- гідроаеробіка;
- вправи проти плоскостопості.

Слід віддавати перевагу циклічним аеробним вправам, виконання яких допоможе нормалізувати обмінні процеси і підвищити загальну витривалість. Плавання, наприклад, покращує роботу серцево-судинної і дихальної систем, заспокоює хребет і суглоби. Ефективний бадмінтон, баскетбол на колясках, волейбол сидячи, легка атлетика і важка атлетика, теніс, футбол, танці, шашки та шахи.

Завдання і можливості АФВ при травмах спинного мозку.

До загальних завдань адаптивного фізичного виховання в даній нозології відносяться:

- формування усвідомленого ставлення до дійсності і її здібностям, сильних сторін, розвиток якостей волі, прагнення до самореалізації;
- відновлення функції спинного та спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;
- нормалізація м'язового тону;
- зміцнення мускулатури хребта, формування «м'язового корсету» тулуба;
- розвиток м'язової координації;
- створення умов для відновлення бази життєво важливих навичок і моторики;
- розвиток моторики: сили, спритності, швидкості, гнучкості;

Конкретні завдання включають в себе:

- діючий на пошкодженій ділянці хребта і всього опорно-рухового апарату для його корекції;
- нормалізація м'язового тону;
- зміцнення і розвиток м'язів, на функціональний стан яких впливає;
- розвиток і поліпшення координації рухів, балансу рівноваги;
- розвиток і закріплення статодинамічних функції хребта
- формування і закріплення правильної постави;
- розвиток почуття положення окремих частин тіла;
- запобігання розвитку та лікування контрактур і поліпшення можливостей паралізованих кінцівок;
- розвиток компенсаторних моторних навичок, розвиток і вдосконалення навичок самообслуговування і роботи.

Засобами досягнення мети є модальність, корекція положення, самомасаж, загартовування, фізичні вправи, в тому числі тренажери, спрямовані на розвиток сили, швидкості, загальної і спеціальної витривалості, спритності, вправності, швидкісні і силові вправи. Це циклічні, ациклічні і змішані фізичні вправи: гімнастичні вправи, плавання, спортивні

та мобільні ігри (бадмінтон, баскетбол на колясках, волейбол сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики та спортивної гімнастики, елементи атлетики. А також туризм та екскурсії, орієнтування, марафон інвалідних колясок.

При більш серйозній травмі спинного мозку, ніж зазвичай, зможуть бути задіяні ідеомоторні вправи, інерційні рухи, цілеспрямований розвиток кінестетичних відчуттів (крім довільного розслаблення м'язів).

З метою підвищення тонузу великих м'язів, використовують розслаблюючі вправи для його зниження: розгойдуючі рухи (поступово збільшуючи діапазон) і посмикування кінцівки.

Щоб зменшити спазматичність в руках і ногах, щоб подолати скутість і повільність рухів, необхідно розвинути гнучкість, щоб уникнути непотрібних рухів: точність диференціації.

Пошкодження спинного мозку, що впливає на загальний тонус м'язів нижніх кінцівок (зміна фонові напруги гладких і поперечно-смугастих м'язів), відбивається на положенні тіла в просторі, в тому числі на його здатності протистояти зовнішнім силам. Розвиток моторики необхідно починати з вирішення статокінетичних завдань: вибору вихідних положень і раціональних поз, в яких вплив зовнішніх сил, особливо сили тяжіння, мінімальна; стійкість корпусу – максимальна.

Спеціальний засіб АФВ при травмах спинного мозку – це підтримуюча терапія, вправи для зняття сили тяжіння. Методика підвісної терапії, розроблена В. Дікюлем (1990, с. 76-84), рекомендує:

- використовувати блоки і противаги;
- підвіска спеціальними сітками;
- використання підвісних систем на тросах і ресорах;
- гідрокінезитерапію.

Хороший ефект дають вправи у воді, пасивні або пасивно-активні.

Застосування таких видів спорту, як легка атлетика, важка атлетика, гімнастика, настільний теніс, стрільба з лука, використання інвалідних

колясок в цьому випадку сприяє розвитку найважливіших фізичних якостей, підвищує загальний рівень функціональності і фізичної працездатності. Підняття тягарів збільшує м'язову силу і витривалість. Настільний теніс розвиває відчуття рівноваги, покращує координацію, концентрацію, точність і швидкість рухів; В силу змагального характеру це позитивно позначається на психоемоційному стані. Стрільба з лука допомагає розвинути почуття рівноваги, координувати рухи і підвищити статичний опір. Водіння в інвалідному візку, включаючи практичні заняття з подолання різних перешкод, покращує загальну витривалість.

Рекомендації: для розвитку сили вправи повинні створювати напругу, рівну 50% від максимально можливого зусилля. Правильна техніка – це така, при якій сила трохи перевищує вагу штанги (її потрібно обережно зняти з корсета). Тривалість тренування повинна бути настільки коротким, щоб постачання енергією відбувалося через анаеробні механізми, і в той же час досить тривалої, щоб метаболічні процеси встигли посилитися. Таким чином, обов'язковою є одноденна перерва між заняттями пов'язаними із забезпеченням асиміляційних процесів. Час відновлення після тренування прямо пропорційний величині навантаження і обернено пропорційний стану здоров'я (чим гірше загальний фізичний стан, тим більше нестабільність у відновленні деяких функцій організму під час фази відпочинку). Критерій відновлення – готовність повторити вправу. Повний інтервал відпочинку становить від 6 до 8-20 хвилин і включає: 25% часу активного відпочинку, 50% – пасивного і інші 25% – час активного відпочинку. Активний відпочинок (2–4 хвилини), у свою чергу, включає вправи середньої інтенсивності, схожі за формою на тренування.

2.4. Адаптивне фізичне виховання при дитячому церебральному паралічі

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це термін, який об'єднує численні рухові розлади, які проявляються паралічем, порушенням координації і мимовільними «додатковими» рухами. Часто вони поєднуються з різними вадами мовлення, психіки, іноді з епілептичними випадками. Причина дитячого церебрального паралічу – внутрішньоутробна травма або порушення розвитку мозку, викликане різними хронічними захворюваннями у майбутньої мами. Важливою ознакою дитячого церебрального паралічу як патологічного захворювання є схильність до відновлення порушених функцій.

Коригувальні завдання для АФВ:

- стимулювати мотивацію і адекватні психоемоційні реакції;
- розвиток і поліпшення сприйняття через все сенсорні системи;
- формування вестибулярних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) і орієнтації в просторі;
- розвиток і стимуляція опорних і маніпулятивних функцій рук;
- нормалізація частки нервових процесів;
- нормалізація м'язового тону: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м'язів, що знаходяться в стані спастичного скорочення і розвиток ослаблених м'язів – подолання слабкості (виснаження, атрофія) певних груп м'язів;
- розвиток і стимуляція вікових рефлексів і сповільнених реакцій;
- розвиток здатності до довільній нарузі і розслабленню м'язів;
- переборювання непотрібних рухів;
- розвиток координації;
- профілактика розвитку патологічної компенсації, викривлення хребта, зменшення гіпертонії стегон, патологічних станів стоп;
- поліпшення рухливості суглобів (усунення контрактур);

- корекція патологічних ситуацій, опорно-рухового апарату;
- стимуляція опорної функції ніг при ходьбі;
- розвиток здатності піклуватися про себе;
- покращення функціональної активності всіх систем організму;
- розвиток ментальної сфери і мови.

Вибираючи способи АФВ, слід враховувати одну важливу фізіологічну закономірність: швидше розвивати органи і системи, необхідні організму на даному етапі онтогенезу або в найближчому майбутньому. Навпаки, розробка застарілих функціональних систем затримується.

Особливості техніки при дитячому церебральному паралічі. Заняття починаються з вправ на нормалізацію м'язового тону. Всі вправи, розвиваючи той чи інший рух, чергуються з диханням. На тлі тонізуючий засіб використовуйте вправи, які нормалізують м'язовий тонус, що нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси і свободу рухів. Дитині бажано робити вправи перед дзеркалом.

Розвиток вестибулярної функції здійснюється шляхом відповідної стимуляції вестибулярного аналізатора: похитування в ліжечку, в руках, на гойдалках; Вправи, в яких положення тіла швидко змінюється: швидкий рух в площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо і навпаки), перехід з однієї просторової площини в іншу, руху з кутовим прискоренням. Найважливішим моментом у використанні цих вправ є їх дозування, яке розвине тренувальний ефект і в той же час не викликати негативних вегетативних реакцій.

Вправи використовуються в певному порядку: рухи головою; згинання, розгинання, обертання тулуба; рухи в плечових суглобах; руки і ноги: проксимальні суглоби (плече, стегно). Вправи повинні поступово охоплювати середні суглоби (лікть і коліна), потім зап'ястя і щиколотки. Вправи повинні бути кілька «попереду» рівня розвитку рухових навичок дитини, що відповідає наступного рівня розвитку моторики.

Використовуються як загальні методи фізичного виховання, так і спеціальні:

- зміна певних параметрів нормального руху: виконання вправ з незвичайною вихідної позиції;
- зміна амплітуди і швидкості рухів, зміна часу тренування за рахунок зміни кількості повторень кожної вправи;
- дзеркальне відображення вправ;
- ускладнення звичайних рухів, додаткові рухи, комбінація дій;
- зміна зовнішніх умов: розширення зони комфорту;
- зміна правил, умов, збільшення кількості учасників;
- застосування конкурентного способу;
- індивідуальний груповий метод: група складається з 3-6 чоловік, і вчитель може приділити кожному достатньо уваги. Однак в колективних відносинах є і позитивний фактор. Застосовується як в однорідних групах, в яких беруть участь люди з однаковими проявами ДЦП, так і в змішаних групах, учасники яких мають різні фізичні можливості.
- колективно-індивідуалізований метод (об'єднує 7-12 чоловік);
- уроки музики і ритму, в тому числі танців;
- вправи одночасно з читанням віршів;
- методика «Театр фізкультури» (постановка оповідань та ін.);
- метод наочно-практичної взаємодії (знання призначення предметів і способів маніпулювання ними).

АФВ при важких формах церебрального паралічу: коли людина не може самостійно прийняти і підтримувати вертикальну позу, рухові навички розвиваються в наступному порядку:

- стимуляція вестибулярної функції;
- спроби позбутися патологічного впливу тонічних рефлексів;
- розвиток навчальних рефлексів;

- нормалізація м'язового тону;
- викликання реакції повороту голови на звук або інший подразник;
- тренування вміння управляти положенням голови в просторі (лежачи на спині, пізніше на спині), вчитися піднімати голову, не піднімаючи плечей;
- виклик роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;
- нормалізація м'язового тону рук (в тому числі великих грудних м'язів) і формування вміння розгинати руки;
- розвиток вагомоторної координації голови і рук,
- тренування здатності виконувати обертання тулубом від спини до живота і навпаки (стимуляція змін положення тіла, які поділяють руху в шийному, грудному і поперековому відділах хребта);
- розвиток здатності повзати на животі і рухатися зосереджено;
- розвиток здатності сидіти з опорою і самостійно;
- розвиток активності рук;
- вміння вставати і зберігати вертикальне положення;
- розвиток навичок циклічних рухів: плавання, ходьба, біг.

Для цього використовуються методи Боббата, Вііта, Козьякіна та інших. На початку навчального процесу бажано використовувати індивідуальну методику. пізніше – індивідуально і в групі (групи від 3 до 6 осіб); Метод «Однорідна група», при якому діти відбираються в групу одного рівня за віком, фізичному розвитку, типу дитячого церебрального паралічу, ступеня рухових порушень і супутніх проявів. Якщо дитина спілкується, групи збільшуються до 7-12 чоловік. Ефективні ігри із одним предметом для всіх учасників: обруч, м'яч, навіс. Важливу роль на уроках грає ритмічний музичний супровід у вигляді коротких музичних фрагментів і пісень.

Адаптивне фізичне виховання при церебральному паралічі середнього та легкого ступеня тяжкості:

- розвиток мови через рух: поєднання звуку і руху; тембр руху; рольова гра з виразом мови; ритмування рухової активності (поєднання звуку, ритму і руху); освоїти регуляцію дихання як частина звуковидобування; розвиток дрібної моторики рук і ін.;
- навчання фізичного виховання в просторових і часових уявленнях, таких як: ближче; над і під; ліво-право; більш-менш; багато; швидко і повільно; часто рідко;
- навчання в процесі рухової діяльності з уявлень про об'єкти, рухах і їх властивості;
- управління емоційною сферою дитини, розвиток його етичних і довільних якостей через спеціальні рухові завдання, ігри, естафети.

Піклування про здоров'я і нормальний фізичний стан дитини, виховання стійкості, витривалості були предметом постійної уваги (Кубіцький, 2015, с. 241).

Вибираючи вправи для розминки, вони керуються послідовністю цілі, конкретної спрямованістю, ритмічним балансом і цілісністю. Для загальної розминки виберіть від 8 до 10 вправ, які учень вже освоїв або які не вимагають великої тренування. У послідовності рухів діапазон, складність і кількість задіяних м'язів повинні поступово збільшуватися. Рекомендується передавати рухові навички від однієї групи м'язів до іншої від одного тренування до іншого. Після виконання вправ на окремі групи м'язів краще використовувати вправи, які об'єднують попередні вправи в великі складні комбінації для всього тіла. Наприклад: тулуб згинається при поворотах голови; рухи плечей: з нахилом тулуба. В останній частині розминки – вправи на розвиток гнучкості: вправи на розтяжку попереку і стегон. Вправи виконуються ритмічно і плавно з поступовим збільшенням амплітуди.

Підбір вправ для основної частини уроку вимагає наступних принципів: виконання завдань, забезпечення ефективності та безпеки; вправи повинні цікавими і різноманітними. Інтенсивність повинна поступово збільшуватися на початку основної частини уроку і зменшуватися до кінця.

Необхідно задіяти максимальну кількість груп м'язів, які обов'язково пошкоджені. Потрібно обирати вправи з задіянням антагоністичних м'язів. Рухи, які напружують тіло, вимагають обмеженої кількості повторень за призначенням. Доступність, інтенсивність і складність змінюються в логічному порядку. Акцент робиться на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень. Переходи між вправами повинні бути плавними, простими у виконанні, інструкції, однозначними і зрозумілими для учня. До основної частини аеробного розминки входять: ходьба, біг, рухи рук і ніг з наростаючою амплітудою, коливальні рухи. Потім застосовуються вправи в наступному порядку:

- розтяжка великих грудних м'язів, розвиток сили нижньої лопатки;
- розтяжка поперекових і поперекових квадратних м'язів, розвиток сили м'язів живота;
- розтяжка м'язів стегна, силові вправи для сідниць, м'язів, що відводять;
- розтяжка трицепсів гомілки (ці м'язи часто вражаються церебральним паралічем).

В останній частині («опорі») слід вибрати вправи з індивідуальним виконанням: задіяти основні групи м'язів і тренувати правильну поставу. Слід надавати перевагу вправи на розтяжку: підколінні сухожилля, що приводять м'язи стегна, чотириглаві м'язи, згиначі стегна, м'язи гомілки. Клас закінчується грою або змаганням, естафетою або танцями, щоб дати учням позитивне враження про результати.

2.5. Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості

Розумова відсталість – це широке поняття, що означає будь-яку розумову відсталість, що виникла в процесі формування психіки. За даними ВООЗ, це означає значне зниження основних інтелектуальних функцій.

Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується коефіцієнт інтелектуального розвитку IQ1. Нормальні показники IQ знаходяться в діапазоні 85-110%.

IQ: співвідношення між «інтелектуальним віком» (віком, відповідним розвитку дитини) і віком за паспортом, виражене у відсотках. Наприклад, з інтелектом 10-річну дитину, відповідного 5 років: $IQ = 5/10 \cdot 100\% = 50\%$.

Розрізняють чотири ступені зниження інтелекту (%):

- легкий – IQ від 50-55 до 70;
- помірний – IQ від 35-40 до 50-55;
- складний – IQ від 20-25 до 35-40;
- глибокий – IQ нижче 20-25.

Найнижчий ступінь розумової відсталості (IQ = 0-5%) характеризується відсутністю або вихідним станом когнітивних функцій. Життєдіяльність в цьому випадку обмежується інстинктивними діями, часто специфічними реакціями на смак їжі, болі, радості або печалі і т. д. У моториці переважають стереотипні дії. Цим людям складно опанувати ходою, вони соціально не адаптовані навіть на рівні догляду за собою.

Якщо IQ = 5-19%, є розумова відсталість, яка характеризується рудиментарним мисленням (в уявленнях); наявність в тій чи іншій мірі нерозвиненості мови; відносна соціальна адаптація на рівні самообслуговування або основних робочих процесів, що, можливо лише при постійній турботі; певна орієнтація в певній ситуації; знання родичів; адекватна реакція на звичайні повсякденні слова і фрази; використання окремих слів від 3 до 5 років з метою спілкування; можливість освоєння базових навичок зібраності.

Людам з IQ 20-34% властиві нерозвиненість мови у вигляді пропозицій з 2-3 слів, що носить ситуативний характер, крайня бідність ідей і здатність розвивати тільки навички самообслуговування.

IQ = 35-49%: умови, при яких людина може опанувати простими професійними навичками, володіє мовою пропозицій і іноді може добре читати і писати. Емоції недиференційовані, примітивні.

При IQ = 50-70% є своєрідне візуальне мислення (без абстракції), кілька знижена концептуалізація і цікавість, при цьому вони використовують

шаблони і, ґрунтуючись на них, вчать їх, як інші; добре розвинена механічна пам'ять, слух, здатність до математичних обчислень; мають гарні (конкретні) практичні знання.

Розумова відсталість (ЗПР) – прояв незрілості психомоторних функцій у результаті затримки розвитку морфофункціональних систем головного мозку під впливом різних негативних факторів. Зазвичай це закінчується нерозвиненістю функції або її компенсацією за інші функції. Це може бути тимчасовим. Недостатній розвиток сприйняття і відчуттів грає найважливішу роль в ЗПР. Аналізатори працюють нормально, але обробка інформації з них порушена. Є труднощі з перетворенням цієї інформації в руховий акт і, як наслідок, проблеми зі сприйняттям розміру, форми і відстані. Недостатні чуттєві враження викликають затримку розвитку думки.

Проблема затримки інтелектуального розвитку через педагогічні недбалості носить соціальний, а не медичний характер. Виникає у дітей, які з раннього дитинства знаходяться в несприятливих умовах виховання і не готові до освоєння шкільної програми в шкільному віці. Індивідуальне навчання дозволяє в лічені місяці усунути наслідки навчальної зневаги.

Аутизм – це стан відхилення від реальності і відмови від спілкування. Це серйозна проблема при роботі з людьми з обмеженими інтелектуальними можливостями.

У разі розумової відсталості призначають такі рухові порушення:

- рухова загальмованість – загальне недорозвинення моторики;
- моторний інфантилізм – затримка моторного розвитку;
- екстрапірамідна недостатність – відсутність або недорозвинення супутніх, автоматичних і захисних рухів, міміки, мови;
- фронтальна недостатність: відсутність формул рухів і їх здатності, порушення мови, надмірне збудження, неухважність, необґрунтована ейфорія.

У всіх випадках спостерігаються порушення функцій, що забезпечують нормальну рухову активність: слухомоторну координацію, зорово-

просторову орієнтацію, функціональність кисті (не сформовані слабо диференційовані рухи пальців, кінетичні і кінестетичні практики, складні координаційні схеми), координація рухів з мовою, статична координація рухів і організація динамічних рухів, кінестетична інтеграція, труднощі у розвитку навичок, які потребують диференційованих рухів або зміни ритму рухів.

Учні з розумовими відхиленнями відстають від вікової норми на 25-40% по силі, швидкості, витривалості, координації і стрибків. Частота рухів – на 30%, час візомоторні реакції – на 40%. Ця затримка відбувається через зниження сили і рухливості нервових процесів.

Одна з основних завдань АФВ при інтелектуальній недостатності: формування нормального алгоритму рухових дій, розвиток моторики.

Особливості фізичного виховання дітей з обмеженими інтелектуальними можливостями. Завдання навчального процесу: створити позитивну мотивацію навчального процесу; розвинути сприйняття; вміння концентруватися і зберігати пильність; для нормалізації взаємозв'язку збудження і гальмування нервових процесів; логічне та образне мислення; алгоритм виконання дії (розвиток таких навичок, як усвідомлення і самостійне пояснення мети, вибір засобів її вирішення, аналіз і оцінка результатів); достатній запас практичних навичок і умінь; мова.

При вирішенні цих та інших проблем при роботі з людьми з обмеженими інтелектуальними можливостями вчитель повинен подолати такі проблеми, як страх перед новими завданнями і відмова від них, погана концентрація і розумове напруження, відсутність позитивного рухового досвіду, низька працездатність і стомлюваність.

Способи вирішення цих завдань: побудова і реконструкція рухових дій, ритмічні вправи, пластичні рухи у вигляді хвиль, вправи з предметами, ігри-дії, водні розваги, рухові ігри.

Особливість технології – доступність. Сприйняття розвивається з розумним впливом на всі сенсорні системи. Оскільки зір дає 90% всієї

зовнішньої інформації, особливу увагу потрібно приділяти розвитку зорового сприйняття. Психологія взаєморозуміння людини передбачає, що у разі розумової відсталості необхідно враховувати наявність мотивації до сприйняття; напрямом мотивації учня від власних інтересів до цілям класу (Головаха, Папина, 1989).

Способи тренування мотивації:

- відмова від нової дії в зоні попередньої;
- використання результатів попередньої дії для реалізації наступної.
- використання методів стимуляції ;
- словесне відтворення дій учня і власних висновків (по можливості).

При розумової відсталості проблематично спостерігати за темою або дією, тому необхідно привертати увагу учня в логічному порядку: до вчителя; в домашньому завданні; по темі; для дій з однією темою (крок за кроком від однієї теми до двох дій і т. д.). Також варто усунути все, що відволікає учня.

Аналіз прямих рухів обмежується визначенням положення і напрямки тіла в просторі. Диференціація рухів за якістю, кількістю; визначення положення різних частин тіла (по їх положенню поруч); здійснення дії в просторі; лінгвістичне відтворення рухів.

Процес навчання фізичного виховання дітей з обмеженими інтелектуальними можливостями має такі особливості:

- потрібно більше терпіння з боку вчителя (результат настає в середньому через 2 роки).
- учитель більше залежить від настрою і мотивації учня
- учнівська агресія – одна з форм контакту;
- не можна критикувати, змушувати учнів, дозволяти їм надмірно працювати, не можна дивитися в очі учням;
- для спілкування потрібно не менше позитивний тон від учителя.
- необхідно створити атмосферу радості, інтересу і ентузіазму.

2.6. Методи контролю ефективності учбового процесу в адаптивному фізичному вихованні

Успішність і ефективність навчального процесу багато в чому визначаються правильною оцінкою психомоторних навичок, придбаним раніше руховим досвідом, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за допомогою формалізованих тестів, які, будучи цілком об'єктивними, дають реальне уявлення про стан здоров'я.

Мета тесту – виявити сильні і слабкі сторони учня при виборі для нього засобів фізичного виховання. Отримання уявлення про зміни в організмі, які відбуваються в результаті вправ, за допомогою тестів, які оцінюють ключові фізіологічні компоненти працездатності. Все це дозволяє поліпшувати і розвивати процес фізичного виховання. Результат фізичної та соціальної реабілітації, а також результати вправ багато в чому залежать від правильного діагнозу.

Медична діагностика включає:

- дослідження психоемоційної сфери людини з метою створення сприятливих умов для максимально швидкого виходу з негативного психологічного стану і створення мотивації до активної діяльності, занять фізкультурою і спортом;
- визначення потреби у фізичній і соціальній реабілітації. При цьому враховується характер дефекту і супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливість їх компенсації, необхідність хірургічного, реконструктивного, консервативного, протезного лікування і тривалість інвалідності;
- оцінка ступеня рухових порушень;
- визначення ступеня фізичної адаптації;
- дослідження компенсації найважливіших рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, ручні маніпуляції);
- встановлення рекомендованих засобів для занять спортом і спортивних і протипоказань;

- визначення обмежувачі фактори, які заважають або обмежують вибір засобів фізичного виховання або інтенсивності вправ. Так, наприклад, за наявності колоїдних рубців, контрактур, деформацій опорно-рухового апарату або шкірних поразок (трофічні виразки, пролежні), функціональних розладів таза, функціональних здібностей і навчальних характеристик уточнюються.
- визначення обсягу і інтенсивності навчального процесу;
- вибір конкретних заходів, які будуть виконуватися до і після навчання;
- визначення класу спортсмена під час занять спортом.

Крім основних завдань, що характеризують ступінь компенсації інвалідів, вирішуються допоміжні завдання: оцінка побутової залежності, ступеня соціальної адекватності та інші. При виборі методів дослідження функціональних здібностей і оцінки фізичних якостей учня необхідно враховувати закономірності прояву цих функцій і якостей (Рожков, 1991).

Медична діагностика включає в себе:

- з'ясування проблем зі здоров'ям, історії хвороби;
- вимірювання температури тіла, антропометрія;
- огляд, пальпацію, перкусію і аускультацию для вивчення шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, м'язів, опорно рухового апарату, дихальної, серцево-судинної, кровотворної, травної, біліарної, сечової, ендокринної та нервової систем;
- визначення рівня статевого розвитку;
- вимірювання частоти серцевих скорочень, частоту дихання, артеріального тиск, вивчення роздуми
- вивчення функції почуттів і рухових функцій;
- проведення функціональної проби і лабораторних методів дослідження.

Вивчення і оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загальноприйнятими методиками: вимірювання зросту, маси тіла, об'єму

грудей (в деяких випадках обсягу голови), у підлітків – ступеня статевого розвитку. Результати опитування порівнюються з табличними віковими нормами.

Мотивація учнів визначається відповідями на наступні питання вчителя:

- Які рухові активності цікавлять дитину або до чого він мимоволі звертається?
- Чи є періодичність рухової активності дитини протягом дня, тижня, місяця, року?
- Як дитина проявляє прагнення до розвитку?
- Чи може дитина сконцентруватися на своїй діяльності і як довго? Також враховуючи зовнішні фактори.
- Які перешкоди для нього важливі?
- Чи робить дитина те, що робив, відволікаючи його увагу?

При оцінці психофізіологічного та фізичного розвитку виділяють три групи по сигма-яких відхилень від середнього арифметичного: середній рівень розвитку від $M - 1\sigma$ до $M + 1\sigma$; вище середнього – більш $M + 1\sigma$; нижче середнього – менш $M - 1\sigma$.

Програма досліджень, розроблена Иващенко (1996) для вивчення довільних рухових реакцій у дітей і підлітків, пропонує вимір чотирьох типів реакцій:

- прості рухові реакції на світло (визначення латентного періоду простої зорової рухової реакції на світловий сигнал);
- прості рухові реакції на звуки (визначення латентності простого сенсомоторного відповідності на звуки різної інтенсивності);

Тактильна чутливість оцінюється по лінії Раттер М. (1987). У той же час зосередьтеся на визначенні кількості суб'єктів, які зазнали впливу стимулів від сенсорного аналізатора.

Міцність нервової системи досліджують за методом Скрипкиної. «Показником є зміна латентності простої зорово-моторної реакції в кінці дослідження у порівнянні з початком» (2002).

Лабільність нервової системи досліджують за допомогою приладу для визначення критичної частоти світлового сигналу. Показником ступеня нестабільності нервової системи є середня частота переходу від постійного до дискретного світу.

При визначенні рухливості нервових процесів досліджують стійкість і зміна уваги.

При визначенні продуктивності пам'яті вивчать механічну і семантичну пам'ять.

Механічна пам'ять вивчається за допомогою таблиць з двозначними числами. Показником ступеня механічної пам'яті є кількість правильно відтворених чисел після збереження.

Семантична пам'ять досліджується за допомогою карток з написаними на них словами. Індикатор семантичної пам'яті – це коефіцієнт логічної пам'яті, який визначається співвідношенням між кількістю правильно зіграних слів і кількістю всіх слів на картках.

Дослідження рухових навичок проводять, з'ясовуючи, на якій стадії розвитку рухової сфери сталася затримка. Для цього необхідно визначити здібності учня:

- ступінь вертикалізації тіла в просторі (він може піднімати і утримувати голову з положення лежачи на спині і вказувати вгору, самостійно сидіти, вставати і стояти з ним і без нього);
- стійкість (або здатність підтримувати руки в положенні лежачи на спині, сидіти або регулювати загальний центр ваги в положенні стоячи);
- баланс (або можливість балансувати, відновлювати баланс і т. д.);
- спосіб (і його якісні характеристики) пересування в просторі (самостійно не пересувається, перевертається від живота до спини, від

спини до живота, повзе лежачи або повзе, пересувається на інвалідному візку, ходить на милицях, спирається на милиці або милицю, ходить самостійно, в останньому випадку курс вивчається);

- гнучкість;
- точність розмежування рухів;
- ступінь маніпулювання дрібницями.

Дитяча моторика визначається наступним чином:

- після контакту з дитиною він отримує щось цікаве (наприклад, м'яч), звертаючи увагу на те, як він бере його в руки (положення долонь і пальців), асиметрія рук, згинання пальців однієї руки, надмірне напруження, зміщення однієї руки вниз, останнім спостерігається, коли більш сильна рука намагається «утримати» річ знизу;
- попросити дитину повернути те ж саме («Дайте м'яч!»). Перенесення речей проводиться кілька разів, щоб зробити висновок, що наведені вище спостереження не випадкові. Потім переходите до більш складних форм візуальної взаємодії: спочатку кидайте м'яч з невеликої відстані, а потім з більшого. Сигнали тривоги, виявлені під час першого тесту, повинні бути тут сильніше. Уражена рука може сипатися, тремтіти, надмірно рухати пальцями або всією рукою. Кисть і пальці можна переміщати в більш зігнуте положення під час вправ. Можливі непотрібні мимовільні рухи;
- продовжувати ускладнювати рухові завдання: кинути м'яч на землю в напрямку учня, спостерігати, як він піднімає його з кількох спроб (обома руками або кожен раз при рятуванні жертви), попросити учня кинути м'яч збоку знизу, стріляти над. Крім навичок маніпуляції руками, зверніть увагу на загальний характер рухів: ходьба, нахили, повороти, балансування, координація рухів. Рухова патологія проявляється: повільністю або надмірної гостротою зору, аритмією, надмірним рухом, незграбністю, тремором, порушенням рівноваги і координації;

- використовувати тест з піднятими руками, в якому випробуваного просять швидко підняти витягнуті руки. Уражена рука піднімається повільніше, ніж здорова, і не повністю поєднується в ліктьовому суглобі;
- при огляді дітей раннього віку інформативний тест «Монтаж піраміди»: натягування кілець різного розміру на древяне кільце;
- м'язовий тонус ніг, симетрія якого визначається наступним чином: покласти випробуваного на спину і дотягнути до ніг, імітуючи обертальні рухи ніг, і як би крутите педалі на велосипеді. Вивчити рівень, тип і відмінності м'язового напруження кожної ноги. У наступному тесті дослідник розгинає зігнуті ноги в колінах випробуваного. У той же час, якщо помічена скутість, надмірне напруження або опір, яке збільшується при згинанні ніг на одній і обох ногах (при гіпертонусі м'язів), або «підозрілу» м'якість, легкість, відсутність опору (при зниженні м'язового тонусу);
- рухові розлади виявляються за допомогою найпростішого і цікавого тесту для людей будь-якого віку: «грати в футбол»;
- отримати уявлення про м'язовому тонусі ніг, запропонувавши учневі по черзі стрибати на кожну ногу, а потім на обидві: і при гіпотонії, і при спастичності стрибки бувають слабкими і низькими. При гіпертонії, механізм розтягування стопи на опорну поверхню, з опущеною брудом – плоскостопістю, відсутність зносу при посадці характерно. Цей же тест на характер компенсаторних рухів тулуба і кінцівок визначає також функцію рівноваги;
- характеристики динамічного балансу визначаються з зразка, в якому випробуваного просять пройти по лінії, проведеної на землі. Руки можуть бути на поясі, витягнутими в бік, вперед або за голову.

Координація рухів перевіряється за допомогою тестів в залежності від віку, в якому дитина може їх виконувати:

- позиція Ромберга: стійка з закритими носками, п'ятами і опущеними руками. При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, відзначається тремор тулуба, який посилюється при витягуванні рук вперед, закритих очей і виставленні вперед однієї ноги.
- пальцевий носовий тест: попеременно різними руками з візуальним контролем, а потім без візуального контролю, які відхиляються в сторони руки, торкніться кінчика носа вказівним пальцем. Слідчий вважає, що правила не дотримані.
- тест «п'ята до коліна»: п'ята однієї ноги ковзає від коліна до гомілки іншої ноги, а потім до коліна. При патології п'ята зісковзує з гомілки;
- тест без попадання: випробовуваний повинен покласти палець на нерухомий палець дослідника (з візуальним контролем і без візуального контролю в горизонтальній і вертикальній площині). На стороні дефекту відсутня посадка;
- перевірка точності рухів: випробовуваного просять взяти щось і покласти на місце, відзначаючи невідповідність рухів цілям завдання;
- діадохокінез: з витягнутими руками і витягнутими пальцями швидко виконувати протилежні рухи (супінація і пронація). При патології порушується симетрія рухів, вони стають недолугими, що пригнічують;
- вивчення ходи, дотримання погойдування, рівності кроків, симетрії рухів всього тіла.

Крім рухових функцій, медичне обстеження показує функціональний стан органів малого таза і шкірних покривів, які часто вражаються різними нозологіями.

Для АФВ також важливі результати вивчення повсякденної діяльності людини з особливими потребами. За результатами цих тестів визначаються рухові навички в положенні лежачи на спині; моторика, пов'язана з одягом; мобільність, пов'язана з інвалідним візком (від ліжка до коляски, від коляски

до ліжка, від коляски до сидіння, перехід від сидіння до коляски, перехід від коляски до туалету, перехід від туалету до коляски, управління гальмом коляски, підйом коляски вгору, спуск коляски вниз, рух коляски: вперед, назад, поворот, нахил, опускання, закриття та відкриття дверей, відкриття і закриття вікон, перехід від коляски до автомобіля, зміна транспортного засобу на коляску); рухові навички, пов'язані з харчуванням.

Також можуть бути інформативними для вчителя АФВ і результати тестів професійної діяльності інваліда, які досліджують: здатність вставати, ходити з боку в бік по рівній поверхні, підніматися по сходах, спускатися по ним, наступати на педаль; дії, пов'язані з дорожнім рухом (перехід через дорогу, використання власного автомобіля, використання громадського транспорту, можливість пересуватися в машині, вихід з машини, водіння автомобіля, використання інших видів транспорту).

Висновки до другого розділу

Адаптивна спортивна підготовка – лікувально-виховний процес цілеспрямованого використання лікувально-виховних засобів фізичної культури для забезпечення реалізації фізичного, інтелектуального, емоційного і розумового потенціалу інваліда з метою досягнення спортивних результатів.

Адаптовані спортивні майданчики:

1. Розважальні і оздоровчі види спорту (спорт як засіб і метод досягнення впливу на здоров'я: розваги, підтримку операційної ефективності, організація здорового дозвілля. Практика побічно пов'язана зі спортом, так як це може бути досягнуто тільки за допомогою елементів спортивної системи)
2. Спорт з більш високими показниками (тренувальний процес заснований на законах швидкої і тривалої адаптації організму до фізичних навантажень, в основі яких лежать принципи і закони спортивного тренування).

Характеристики тренувального процесу:

- Суб'єктами впливу є люди зі стійкими порушеннями різних систем організму і обмеженою рухливістю в зоні їх здійснення;
- Стартовою умовою заняття спортом є наявність відповідних медичних показників, які так чи інакше необхідні, і стабільність фізичного стану, яка досягається за рахунок застосування загальнозміцнюючих та лікувальних заходів.
- Важливим і більш складним компонентом підготовки спортсменів з обмеженими фізичними можливостями є процес освоєння спортивного інвентарю.
- Досягнення високих спортивних результатів, як наслідок оптимального індивідуального технологічного стилю.

- Розвиток моторики йде рука об руку з поступовим розвитком м'язових груп, функціональних систем і навичок координації у людей з патологічними порушеннями.
- Необхідність диференційованого підходу та інтеграції в тренувальні групи з урахуванням патології, статі, віку і рівня фізичної підготовки;
- Основна увага в активних заняттях спортом інвалідів приділяється формуванню фізичної культури людей, світогляду здорового способу життя.

Успішність і ефективність навчального процесу багато в чому визначаються правильною оцінкою психомоторних навичок, придбаним раніше руховим досвідом, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за допомогою формалізованих тестів, які, будучи цілком об'єктивними, дають реальне уявлення про стан здоров'я.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОМУ ЦЕНТРІ

3.1. Особливості здійснення реабілітації інвалідів у спеціалізованих установах м. Ізмаїл

Фахівці Інклюзивно-ресурсного центру м. Ізмаїл прагнуть здійснити комплексну психолого-освітню оцінку розвитку дітей у віці від 2 до 18 років. Ця процедура необхідна для оцінки їх особливих освітніх потреб та отримання коригувальних та реабілітаційних вправ. У штаті центру працює кваліфікований психолог, логопед, дефектолог та реабілітолог.

Центр працює з різними категоріями дітей: з інтелектуальними вадами, з порушеннями опорно-рухового апарату, з важкими порушеннями мови, зі складними порушеннями розвитку (включаючи синдром дауна), зі сліпотою та вадами зору, а також з глухими та вадами слуху.

За статистичними даними, в Ізмаїлі у віці від трьох до шістнадцяти років перебуває 478 дітей з особливими потребами, з них 429 – дошкільнята, ще 49 – діти шкільного віку. Ці діти навчаються у восьми школах міста, в яких для них створено 33 класи (дані станом на січень 2019 р).

На фахівців центру покладено завдання провести комплексну оцінку кожної дитини з особливими освітніми потребами. Вона здійснюється за п'ятьма напрямками, за допомогою яких визначаються фізичний та мовний розвиток дитини, здатність до навчання, пізнавальна сфера (логіка та мислення) та емоційно-вольова сфера (емоції та почуття, емоційні стани). З початку року центр зробив 72 висновки. Могло бути і більше, але карантин перервав процес, оскільки всі заняття та збори заборонені в цей час.

Результати оцінки, представлені на п'ятнадцяти сторінках. Виходячи з цього висновку, команда освітньої підтримки потім призначає індивідуальну програму розвитку дитини. Потім динаміка контролюється кожні три місяці. Батьки дитини запрошуються на зустріч викладачів та професіоналів, вони присутні для обговорення наступних питань: Які цілі були поставлені на цей період, чого досягнуто, що слід враховувати і як можна продовжувати

працювати. Найважливіше завдання, з яким стикаються професіонали при роботі з дітьми з особливими потребами, – це якомога більше сприяти їх соціалізації.

Для всебічної оцінки кожен із спеціалістів (психолог, дефектолог, логопед, реабілітолог) спілкується з дитиною окремо за своїм профілем. Це займає від 30 хвилин до години. Терміни обстеження залежать від контакту з дитиною та від особливостей його розвитку (залежно від складності діагнозу). Як результат, може знадобитися від одного до семи відвідувань інклюзивного центру. «Дитина повинна розкритися, налагодити контакт. Показати все, що можна. Ми довіряємо вашим сильним сторонам, які складають основу для розвитку слабких сторін», – пояснює принцип дії завідувача центру. Керівник зазначає, що більшості батьків важко прийняти той факт, що їхня дитина особлива. Через це дорослі часто потребують допомоги психолога, не менше ніж діти, і вона також надається в центрі.

Поки в Україні існують карантинні обмеження, заняття для дітей в Ізмаїльському центрі припинено. За допомогою Інтернету вчителі надсилають батькам програми індивідуальних занять, щоб не втратити отримані навички та продовжувати дистанційно працювати. Вихователі та вчителі підтримують бойовий дух дітей на карантині мотиваційними відеозверненнями.

3.2. Діагностика рівня соціалізації дітей з інвалідністю в Інклюзивно-ресурсному центрі м. Ізмаїла

Оскільки інклюзивна освіта в Україні все ще перебуває в зародковому стані, можливість брати участь у семінарах, на яких колеги з інших країн діляться своїм досвідом по цій темі, неоціненна для співробітників Ізмаїльського центру інклюзивних ресурсів. Одне з них відбулося в Одесі в лютому 2020 року: професори з Австрійського педагогічного університету ознайомили своїх ізмаїльських колег із завданнями в області інклюзивності, різноманітності та спеціальної освіти в сегменті інклюзивних ресурсних центрів. З початком карантину навчання продовжилося завдяки онлайн-семінарам фахівців з Чехії.

Фахівці інклюзивного ресурсного центру постійно працюють над підвищенням кваліфікації. Дуже важливий момент, який вивів би роботу центру на якісно новий рівень: наявність великих площ. З моменту відкриття в Ізмаїлі майже півтора роки тому в шостій школі він займав всього три невеликих класи.

Станом на 1 січня 2020 року в Україні в інклюзивних класах навчалися 19 345 учнів з особливими освітніми потребами. Це в сім разів більше, ніж п'ять років тому. На початок цього року в країні було створено 13 782 класних кімнат. Міністерство освіти України розробило покрокові інструкції для батьків по надходженню в інклюзивний клас або групу.

3.3. Основні детермінанти можливостей і ризиків сучасної соціалізації

Становлення особистості в суспільстві, його соціалізація визначається значною кількістю чинників: рушійними силами різних явищ і процесів, що визначають його сутність. Природно, ці фактори мають різну природу, різну

ступінь диференціації і можуть позитивно впливати на процес соціалізації, а також на його результат. Ось чому їх потрібно досліджувати і уточнити.

Проблемою впливу чинників займалися кілька дослідників, зокрема В. Бочарова, І. Кон, Л. Мардахаєв, А. Мудрик, Ф. Мустаєва, О. Чижевський, Я. Щепанський та інші. Кожен з них зробив свій внесок в наукову основу взаємовідносин між законами природи і людського суспільства, систему соціального освіти, вивчення можливостей отримання освіти в різних середовищах і детермінант процесу соціалізації. Однак врахувати всі чинники соціалізації індивіда проблематично, так як вони можуть бути постійними, довгостроковими, тимчасовими, ситуативними, об'єктивними, суб'єктивними, простими, складними і т. д. Тому бажано не тільки їх класифікувати, але і уточнювати суть і характеристики.

У сучасній науковій літературі існує класифікація чинників, запропонована А. Мудрик (1997, с. 6). За її словами, всі фактори поділяються на чотири основні групи: мегафактори, макрофактори, мезофактори і мікрочинники. У кожній з цих груп є свої підгрупи, які розрізняються за ступенем впливу на людину. Ми скористаємося цією класифікацією і опишемо чинники на кожному рівні з точки зору їхнього потенційного впливу.

Найвищий рівень – це мегафактори. Йдеться про космос, планети (з її особливими природними і кліматичними умовами) і людському суспільстві в цілому як соціально-історичне явище і об'єкт економічної діяльності. Вони створюють умови для переходу глобальних процесів і життя людства, створюють глобальні проблеми свого існування і соціалізації. Їх присутність і роль спонукають завдання і зміст освіти приділяти більше уваги принципом відповідності, який в сучасній інтерпретації заснований на науковому розумінні взаємозв'язку між природними і соціальними процесами і, отже, на відповідальності. подальшого розвитку природи і навколишнього середовища і людини в людини.

Основними джерелами впливу макрофакторів на соціалізацію особистості є географічно-культурні та історико-культурні явища: країни (кожна з них відрізняється своїм географічним положенням, природними умовами, має своє державний устрій); етнічні групи і їх менталітет, національні особливості; держави (їх ідеології, державні структури та способи регулювання життя людей); соціальна структура суспільства (наявність різних соціальних класів, рівень освіти, вікове співвідношення, соціальні та професійні групи); суспільство: сукупність відносин, встановлених в країні між людьми (гендерна, професійна, економічна, соціальна, культурна роль) і соціальними інститутами (сім'я, школа, церква, спільнота); соціальні ресурси (матеріальні і духовні цінності, інформаційні технології), державні та недержавні форми освіти.

Макрофактори соціалізації засновані на принципі культурного відповідності, сформульованому в XIX столітті. Зробив це учитель німецької мови Фрідріх Дістверг. У сучасному трактуванні він передбачає формування і розвиток особистості на основі національних цінностей, традицій і норм, які суперечать повсюдно. Це включає в себе включення людей, особливо дітей та молоді, в різні області етнічної, національної та світової культури, формування їх ціннісних орієнтацій і інтеграцію кожної людини в культурне життя (Мудрик, 2000 с. 7-9).

На соціалізацію людини значний вплив надають мезофактори: регіональні характеристики природного і соціального життя (ландшафт, клімат, наявність корисних копалин та інших природних ресурсів, соціально-економічні характеристики, тип і щільність поселень, ступінь урбанізації, історичні та культурні відмінності); засоби комунікації (радіо, телебачення, кіно, преса, комп'ютерні системи), через які інформація поширюється серед широкої аудиторії; субкультури – набір цінностей, смаків, захоплень, умов життя, а також норм поведінки і спілкування, характерних для певних груп людей (вік, рід занять, контакти, формальні, неформальні, релігійні і т. д.). Табличні фактори соціалізації особистості створюють умови для

варіативності соціальної освіти з урахуванням регіональних особливостей. Реалізація принципу варіативності передбачає задоволення інтересів і потреб особистості в освіті з урахуванням особливостей регіональної культури і розширення можливостей грамотного вибору стратегії самореалізації.

Набагато важче визначити всі фактори, з яких складається мікрорівень; їх багато, і вони часто інтегровані. Однак ми постараємося зупинитися на найбільш важливих, оскільки найбільший вплив на соціалізацію індивіда надають мікрочинники, тобто ті фактори, які впливають на найближче соціальне оточення. В основному це сім'я, група колег або друзів.

Факторами, які суттєво впливають на первинну соціалізацію дитини, їх виховання в сім'ї, є фактори самої сім'ї та чинники, обумовлені освітніми можливостями батьків і особливостями дітей, безпосередній освітньою діяльністю. З огляду на важливість, ми заглибимося в його характеристики. До факторів самої сім'ї відносяться фактори, пов'язані з її структурою (повністю неповна, ієрархічна, нуклеарна, велика родина, повторний шлюб, ізольованість і т. д.), Моральними цінностями сім'ї, її моральним і психологічним кліматом, сімейними відносинами (Батьки, діти, батьки і діти), сімейні конфлікти, матеріальні умови сім'ї, умови розвитку дитини (Солдатова, Шайгерова, Шарова, 2001).

Визначальними факторами освітніх можливостей батьків є: авторитет батьків і освітня орієнтація; особиста культура батьків (загальноосвітня і освітня); Готовність і вміння батьків виховати дитину; батьківська любов (її логіка і мотивація); безпосередня освітня діяльність; Системність і адекватність батьківських зусиль у вихованні дітей.

Фактори, викликані власне дітьми, включають: єдина дитина в сім'ї, пізня дитина в родині, дитина з особливими потребами, гендерні та вікові відмінності між дітьми, індивідуальні характеристики дітей (різні темпераменти і характери), їх рівень розвитку та їх утворення (Маленкова, 2002).

Найважливішими факторами освітньої діяльності батьків є: стиль сімейного виховання (авторитарний, демократичний, доброзичливий до дитини) і тип сімейного оточення, сімейний спосіб життя, система вимог, педагогічне зручність у виборі методів виховання і розвиток дітей, використання досвіду інших родин, виховання дітей «по книгам». Любов до дитини і її беззастережне прийняття або навпаки, правила взаємовідносин, особливості спілкування, управління інтересами дитини, оціночні орієнтації сім'ї і помилки сімейного виховання.

Процес соціалізації особистості відбувається поза сім'єю в різних формальних і неформальних групах під впливом відносин з найближчими сусідами в результаті участі в різних дитячих і молодіжних організаціях (Прихожан, 1990).

У команді однолітків найбільш відомі фактори соціалізації можна розглядати як етапи розвитку команди, мотивацію залишатися в ній, оціночні орієнтації референтної групи, стиль спілкування і положення кожного члена в групі.

Можна додатково уточнити і охарактеризувати фактори соціалізації особистості. Однак, на наш погляд, в даному контексті важливо розуміти, що крім багаторівневого підходу доцільно використовувати аналітику. Отже, ми бачимо істотне розуміння комплексного характеру певних груп чинників, наприклад: факторів ризику, факторів розвитку особистості.

До факторів ризику відносяться різні несприятливі умови функціонування суспільства, його структурних компонентів і особистості. Це можуть бути, наприклад: нестабільна соціально-економічна ситуація, деформація цінностей, зміна ієрархії цінностей, відсутність умов для самореалізації, фізичне, психологічне і сексуальне насильство над індивідом і інші.

По відношенню до сім'ї це: розлучення, втрата члена сім'ї, втрата роботи, нездатність повноцінно виконувати функції, відсутність любові і поваги, аморальний спосіб життя. На особистому рівні факторами ризику

можуть бути антисоціальна і аморальну поведінку, низька духовність, шкідливі звички, втрата здоров'я або роботи, невизнання, відсутність умов для самореалізації, агресивне ставлення до навколишнього середовища, депресія і т. д.

Таким чином, факторами ризику є різні умови зовнішнього і внутрішнього середовища, які сприяють розвитку патологічних станів і загрожують соціальному благополуччю. Таким чином, соціокультурне середовище може стати не тільки продуктивною, а й руйнівною силою, коли в ній домінує антикультура. Фактори цього середовища розбещують людину, роблять її агресивною, неконтрольованою або підривають його фізичні і розумові сили, його впевненість в собі і його подальше майбутнє.

Фактори розвитку особистості включають внутрішні і зовнішні драйвери і причини, що впливають на процес зміни і розвитку особистості. Наприклад, внутрішніми факторами розвитку особистості є спадковість, навички, потреби і інтереси, ваша самодіяльність. Зовнішні – макросередовище, мезо-середовище і мікросередовище людини в усіх їх факторах, його вихованні, діяльності, спілкуванні і різних зв'язках з іншими членами суспільства і соціальними інститутами Існують також об'єктивні і суб'єктивні чинники, які роблять людей жертвами несприятливих соціальних умов. У соціальній педагогіці є галузь знань, яка пов'язана з розвитком людей з розумовими, фізичними і соціальними порушеннями, а також людей, статус яких (соціально-економічний, правовий, соціально-психологічний) в конкретному суспільстві визначає умови для цього або створює нерівність, або Відсутність рівних можливостей для фізичного, емоційного, соціального розвитку і самореалізації. Це соціально-педагогічна віктимологія.

Міждисциплінарний рівень вивчення проблеми віктимізації та різноманітних відхилень від соціальної норми полягає в тому, що ці проблеми складають відповідне поле досліджень кримінології, дефектології, психології, соціології, психотерапії, соціальної психології (Пальчевський, 2005, с. 174).

Фактори об'єктивної віктимізації численні і багаторівнева. Це можуть бути:

- 1) природно-кліматичні умови країни, регіону, області;
- 2) суспільство і держава, в якому живе людина;
- 3) специфічні характеристики мезосоціальності: промислова та розважальна інфраструктура, забруднення навколишнього середовища, техногенні катастрофи;
- 4) сім'ї з напруженим мікрокліматом, конфліктами і низькою якістю життя;
- 5) група однолітків, особливо в підлітковому віці, коли вона антисоціальний.

Механізм формування молодіжних і антисоціальних молодіжних груп включає два проблемних блоку: відчуження молоді або молоді від традиційних груп соціалізації та їх включення в природні групи з антисоціальною орієнтацією.

У молодіжному середовищі спостерігається первинне розшарування, яке проявляється в поділі на «здатних і нездатних», «хороших і поганих», «дисциплінованих і трансгресивних». Явище несправедливою стратифікації, які згубно іншими негативними факторами навколишнього середовища, породжує розчарування, відчуження і ставить людину в принизливе становище стороннього (Барабаш, 2004, с.121-124).

Це релігійний лідер, громадське об'єднання і керівництво. Це проявляється в певному стані людини, який помер в глухому куті і не може знайти виходу із ситуації. Спонтанні групи – це саме те, чим була для них північна соціально-культурна область.

Вважається, що різниця пов'язана з трьома типами конфліктів: між дітьми і батьками, між відносинами і відносинами, між однолітками. Якщо їх не запобігти або й запобігти, існує ризик того, що дитина (студент, партнер) «випаде» з політичних інститутів соціалізації. Коли ви приєднуєтесь до спонтанної групи, вашими основними мотивами є страх, необхідність

залишатися, необхідність стояти на своєму, рівність, приналежність і приналежність.

Фактори віктимізації особистості можуть також включати вплив жертв, ступінь стабільності і гнучкості, розвиток рефлексії та саморегуляції та інші індивідуальні характеристики.

Таким чином, соціалізація особистості відбувається у взаємодії людей різного числа, віку, культурного рівня і соціального статусу, які перебувають в різних умовах і під впливом різних життєвих обставин. Разом вони грають роль факторів соціалізації. Тому в процесі соціалізації особистості зручно говорити про багатфакторності. Загалом, мова йде про традиції, нормах, способі життя, елементах духовної і матеріальної культури, типах і типах відносин в різних сферах життя, ЗМІ і т. д.

Використання теоретичних і емпіричних наукових методів дослідження в соціальній педагогіці може сприяти відкриттю факторів соціалізації особистості. Логічний аспект соціально-педагогічної діагностики може включати:

- аналіз освітніх явищ і фактів з точки зору їх цілісності, взаємозв'язку і взаємозалежності;
- вистежування виникнення педагогічних впливів і залежностей;
- взаємозв'язок конкретних педагогічних явищ і освітніх цілей;
- використання філософського, логічного і психолого-педагогічного аналізу при обробці результатів, отриманих в дослідженні.

Методологія дослідження повинна ґрунтуватися на наступних принципах:

- цілісне дослідження, в якому максимально застосовується системний підхід, що враховує численні зовнішні впливи на людину, виявлення чинників його розвитку і встановлення зв'язків між соціалізацією особистості і її сутнісні характеристики, загальний рівень розвитку, переконання, особливості взаємодії з навколишнім середовищем;

- комплексне використання методів дослідження, що охоплюють якомога більше контекстів досліджуваного явища і виділяють найбільш важливі з них; одночасне вивчення колективу і особистості в їх відносинах;
- вивчення процесу соціалізації в динаміці – в різних видах діяльності і в різних ситуаціях, в різному віці розвитку особистості і в різних соціальних умовах.

Таким чином, можна стверджувати, що вивчення факторів соціалізації індивіда майже невичерпне, оскільки сам індивід, його мультикультурні і полісуб'єктивні зв'язки можна знайти в постійній динаміці розвитку і зміні середовища його життя і роботи.

Однак, як зазначила Голованова (2004), «первинним середовищем дитини є сім'я, і саме тут відбувається первинна соціалізація, в ході якої засвоюються норми і цінності спільного життя в суспільстві». Якою мірою вони будуть людськими зразками в соціальному формуванні особистості, багато в чому залежить від етичних принципів первинної соціалізації.

3.4. Аналіз результатів дослідження

Узагальнений аналіз результатів діагностики ступеня соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями дозволив зробити висновок, що більшість з них мають низький ступінь соціалізації, важко контактують, замкнуті, не мають друзів і рідко відвідують культурні заходи через неприйняття своїх недоліків і сорому.

З цією метою була розроблена комплексна програма, яка спрямована на встановлення зв'язку між спілкуванням і мовою, а також на встановлення вигідних відносин між учасниками програми. Розвиток навичок самореалізації та успішної інтеграції в суспільство; Подолання страху і невпевненості в собі; вміння відстоювати свою громадянську позицію. З цією метою було проведено ряд заходів, зокрема: тренінг «Мрії-мети-дії»(див. Додаток Б), метою якого є навчити учасників долати перешкоди на шляху до

мети і навчитися позбуватися від них, щоб працюйте самі і знайдіть баланс між особистими і професійними цілями. Учасники заходу мали можливість відповісти на такі питання, як: Чим вам дійсно подобається займатися в житті? Робота мрії: що це для тебе? як розпізнати свої таланти; Ваша мета: справжня або нав'язана, як відрізнити?

Інформаційний тренінг «Самопрокурор» (див. Додаток В) був спрямований на визначення рівня знань учасників про права людини. Молодим людям було запропоновано ознайомитися з ситуацією і написати на папері список прав людей з обмеженими можливостями, які були порушені, а також зареєструвати національні та міжнародні документи, в яких ці права виражені. Потім був проведений спільний аналіз всіх ситуацій і підготовлена запис в плакаті про права людей з обмеженими можливостями.

Майстер-клас «Я художник, я так бачу!» (див. Додаток Г) були спрямовані на розкриття творчого потенціалу учасників за допомогою арт-терапії, гармонізацію емоційного стану і навчання вираження своїх емоцій і почуттів через творчість. Майстер-клас проходив в два етапи. На першому етапі заняття учасники малювали осінній натюрморт, на другому етапі була показана виставка робіт, щоб привернути увагу до проблеми інвалідності городян.

Після проведення описаних вище заходів (тренінгів, майстер-класів, бесід, ігор) серед учасників експериментального дослідження був проведений фінальний онлайн-опитування для визначення ефективності нашої роботи. В опитуванні взяли участь 48 респондентів. Результати онлайн-опитування учасників організованих заходівв Ізмаїльському інклюзивно-ресурсному центрі, подано в таблиці 3.3.

Результати опитування.

Таблиця 3.3.

Опитування	Шкала оцінки				
Вам подобаються заходи, які організовує центр?	1	2	3	4	5

	-	-	5, 10,42%	7, 14,58%	36, 75%
Ви комфортно себе почуваете під час заходів?	-	-	2, 4,17%	6, 12,5%	40, 83,33%
Інформація, яку ви отримали під час тренінгів та лекцій, стала для вас корисною?	-	-	-	9, 18,75%	39, 81,25%

Питання

Відповіді

	Так	Ні
Чи знайшли ви тут нових знайомих або друзів?	38, 79,17%	10, 20,83%
Чи бажаєте ви у майбутньому знову відвідувати подібні заходи?	43, 89,58%	5, 10,42%

Аналіз онлайн-опитування показує, що реабілітацію молодих людей з обмеженими можливостями доцільно і необхідно проводити поза спеціалізованих установ, особливо в інклюзивних центрах для молодих людей, оскільки це позитивно впливає на їх соціалізацію, комунікативні навички та потенціал.

Таким чином, можна сказати, що в цих заходах взяли участь близько 50 осіб. В майбутньому планується створення інтеграційного молодіжної ради для забезпечення стійкості і розвитку цієї ініціативи в інших містах України.

Висновки до третього розділу

Центри інтеграції молоді є невід'ємною частиною процесу соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями. Зрештою, вони забезпечують громадянську і неформальну освіту, значущі дозвілля, можливості для

саморозвитку, допомагають покращити комунікативні навички, прищепити почуття приналежності і право щось змінювати. Інтеграція дітей і молодих людей, а також їх включення в повноцінне і активне життя – важливий крок у розвитку сучасного суспільства. Тому що жодна людина з обмеженими можливостями або без них не може бути відділеною від суспільства, і стан інваліда не може позбавляти його можливості бути повноправним членом суспільства.

Фахівці Інклюзивно-ресурсного центру прагнуть здійснити комплексну психолого-освітню оцінку розвитку дітей у віці від 2 до 18 років. Ця процедура необхідна для оцінки їх особливих освітніх потреб та отримання коригувальних та реабілітаційних вправ. У штаті центру працює кваліфікований психолог, логопед, дефектолог та реабілітолог.

З результатів оцінки, команда освітньої підтримки потім призначає індивідуальну програму розвитку дитини. Потім динаміка контролюється кожні три місяці. Батьки дитини запрошуються на зустріч викладачів та професіоналів, вони присутні для обговорення наступних питань: Які цілі були поставлені на цей період, чого досягнуто, що слід врахувати і як можна продовжувати працювати. Найважливіше завдання, з яким стикаються професіонали при роботі з дітьми з особливими потребами, – це якомога більше сприяти їх соціалізації.

Поки в Україні існують карантинні обмеження, заняття для дітей в Ізмаїльському центрі припинено. За допомогою Інтернету вчителі надсилають батькам програми індивідуальних занять, щоб не втратити отримані навички та продовжувати дистанційно працювати. Вихователі та вчителі підтримують бойовий дух дітей на карантині мотиваційними відеозверненнями.

Станом на 1 січня 2020 року в Україні в інклюзивних класах навчалися 19 345 учнів з особливими освітніми потребами. Це в сім разів більше, ніж п'ять років тому. На початок цього року в країні було створено 13 782

класних кімнат. Міністерство освіти України розробило покрокові інструкції для батьків по надходженню в інклюзивний клас або групу.

До факторів ризику відносяться різні несприятливі умови функціонування суспільства, його структурних компонентів і особистості. Це можуть бути, наприклад: нестабільна соціально-економічна ситуація, деформація цінностей, зміна ієрархії цінностей, відсутність умов для самореалізації, фізичне, психологічне і сексуальне насильство над індивідом і інші.

Однак слід зазначити, що первинним середовищем дитини є сім'я, і саме тут відбувається первинна соціалізація, в ході якої засвоюються норми і цінності спільного життя в суспільстві. Якою мірою вони будуть людськими зразками в соціальному формуванні особистості, багато в чому залежить від етичних принципів первинної соціалізації.

Узагальнений аналіз результатів діагностики ступеня соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями дозволив зробити висновок, що більшість з них мають низький ступінь соціалізації, важко контактують, замкнуті, не мають друзів і рідко відвідують культурні заходи через неприйняття своїх недоліків і сорому.

Після проведення наступних заходів: тренінгів, майстер-класів, бесід, ігор, серед учасників експериментального дослідження було проведене фінальне онлайн-опитування для визначення ефективності нашої роботи. В опитуванні взяли участь 48 респондентів.

Аналіз онлайн-опитування показує, що реабілітацію молодих людей з обмеженими можливостями доцільно і необхідно проводити поза спеціалізованих установ, особливо в інклюзивних центрах для молодих людей, оскільки це позитивно впливає на їх соціалізацію, комунікативні навички та потенціал.

Таким чином, можна сказати, що в цих заходах взяли участь близько 50 осіб. В майбутньому планується створення інтеграційного молодіжної ради для забезпечення стійкості і розвитку цієї ініціативи в інших містах України.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проблема інвалідності далеко не нова і, без перебільшення, охоплює всю історію людства. Вчені по-різному визначають поняття інвалідності. Л. Байда та О. Красюкова-Енс виокремили п'ять найбільш поширених визначень цього розладу: біомедичне визначення, філантропічне визначення, соціологічне визначення, економічне визначення і соціально-політичне визначення. Це останнє визначення радикально відрізняється в тлумаченні терміну «інвалідність», оскільки воно виводить термін з індивідуальної сфери і переносить його в сферу соціального середовища.

Тобто, молоді люди з функціональними порушеннями – це люди, які в порівнянні зі здоровими людьми повністю або частково втратили здатність або можливість самостійно виконувати певні функції через хворобу, травми або вроджених дефектів.

Ефективність психологічної адаптації також залежить від адекватного сприйняття себе і своїх соціальних зв'язків, цілей, цінностей і прийняття свого соціального статусу. Спотворене або недорозвинене уявлення про себе в кінцевому підсумку призводить до розладів адаптації. Впевненість в собі формується з дитинства і значно впливає на соціалізацію молодих людей з обмеженими можливостями в майбутньому.

Отже, для більш успішного вирішення проблеми соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями «в першу чергу» необхідно змінити як ставлення суспільства до людей з певними формами інвалідності, так і розуміння людьми своїх власних навичок.

Сьогодні суспільство стало більш терпимим до проблеми інвалідності. Тема соціалізації виникає з дитинства і сприяє поступовому включенню дітей з обмеженими можливостями в суспільство. Крім того, з року в рік зростає кількість спеціалізованих установ і фахівців в цій сфері.

Центри інтеграції молоді є невід'ємною частиною процесу соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями. Зрештою, вони забезпечують громадянську і неформальну освіту, значущі дозвілля, можливості для

саморозвитку, допомагають покращити комунікативні навички, прищепити почуття приналежності і право щось змінювати. Інтеграція дітей і молодих людей, а також їх включення в повноцінне і активне життя – важливий крок у розвитку сучасного суспільства. Тому що жодна людина з обмеженими можливостями або без них не може бути відділеною від суспільства, і стан інваліда не може позбавляти його можливості бути повноправним членом суспільства.

Фахівці Інклюзивно-ресурсного центру прагнуть здійснити комплексну психолого-освітню оцінку розвитку дітей у віці від 2 до 18 років. Ця процедура необхідна для оцінки їх особливих освітніх потреб та отримання коригувальних та реабілітаційних вправ. У штаті центру працює кваліфікований психолог, логопед, дефектолог та реабілітолог.

З результатів оцінки, команда освітньої підтримки потім призначає індивідуальну програму розвитку дитини. Потім динаміка контролюється кожні три місяці. Батьки дитини запрошуються на зустріч викладачів та професіоналів, вони присутні для обговорення наступних питань: Які цілі були поставлені на цей період, чого досягнуто, що слід враховувати і як можна продовжувати працювати. Найважливіше завдання, з яким стикаються професіонали при роботі з дітьми з особливими потребами, – це якомога більше сприяти їх соціалізації.

Поки в Україні існують карантинні обмеження, заняття для дітей в Ізмаїльському центрі припинено. За допомогою Інтернету вчителі надсилають батькам програми індивідуальних занять, щоб не втратити отримані навички та продовжувати дистанційно працювати. Вихователі та вчителі підтримують бойовий дух дітей на карантині мотиваційними відеозверненнями.

Станом на 1 січня 2020 року в Україні в інклюзивних класах навчалися 19 345 учнів з особливими освітніми потребами. Це в сім разів більше, ніж п'ять років тому. На початок цього року в країні було створено 13 782

класних кімнат. Міністерство освіти України розробило покрокові інструкції для батьків по надходженню в інклюзивний клас або групу.

До факторів ризику відносяться різні несприятливі умови функціонування суспільства, його структурних компонентів і особистості. Це можуть бути, наприклад: нестабільна соціально-економічна ситуація, деформація цінностей, зміна ієрархії цінностей, відсутність умов для самореалізації, фізичне, психологічне і сексуальне насильство над індивідом і інші.

Однак слід зазначити, що первинним середовищем дитини є сім'я, і саме тут відбувається первинна соціалізація, в ході якої засвоюються норми і цінності спільного життя в суспільстві. Якою мірою вони будуть людськими зразками в соціальному формуванні особистості, багато в чому залежить від етичних принципів первинної соціалізації.

Узагальнений аналіз результатів діагностики ступеня соціалізації молодих людей з обмеженими можливостями дозволив зробити висновок, що більшість з них мають низький ступінь соціалізації, важко контактують, замкнуті, не мають друзів і рідко відвідують культурні заходи через неприйняття своїх недоліків і сорому.

Після проведення наступних заходів: тренінгів, майстер-класів, бесід, ігор, серед учасників експериментального дослідження було проведене фінальне онлайн-опитування для визначення ефективності нашої роботи. В опитуванні взяли участь 48 респондентів.

Аналіз онлайн-опитування показує, що реабілітацію молодих людей з обмеженими можливостями доцільно і необхідно проводити поза спеціалізованих установ, особливо в інклюзивних центрах для молодих людей, оскільки це позитивно впливає на їх соціалізацію, комунікативні навички та потенціал.

Таким чином, можна сказати, що в цих заходах взяли участь близько 50 осіб. В майбутньому планується створення інтеграційного молодіжної ради для забезпечення стійкості і розвитку цієї ініціативи в інших містах України.

Адаптивна спортивна підготовка – лікувально-виховний процес цілеспрямованого використання лікувально-виховних засобів фізичної культури для забезпечення реалізації фізичного, інтелектуального, емоційного і розумового потенціалу інваліда з метою досягнення спортивних результатів.

Адаптовані спортивні майданчики:

3. Розважальні і оздоровчі види спорту (спорт як засіб і метод досягнення впливу на здоров'я: розваги, підтримку операційної ефективності, організація здорового дозвілля. Практика побічно пов'язана зі спортом, так як це може бути досягнуто тільки за допомогою елементів спортивної системи)
4. Спорт з більш високими показниками (тренувальний процес заснований на законах швидкої і тривалої адаптації організму до фізичних навантажень, в основі яких лежать принципи і закони спортивного тренування).

Характеристики тренувального процесу:

- Суб'єктами впливу є люди зі стійкими порушеннями різних систем організму і обмеженою рухливістю в зоні їх здійснення;
- Стартовою умовою заняття спортом є наявність відповідних медичних показників, які так чи інакше необхідні, і стабільність фізичного стану, яка досягається за рахунок застосування загальнозміцнюючих та лікувальних заходів.
- Важливим і більш складним компонентом підготовки спортсменів з обмеженими фізичними можливостями є процес освоєння спортивного інвентарю.
- Досягнення високих спортивних результатів, як наслідок оптимального індивідуального технологічного стилю.
- Розвиток моторики йде рука об руку з поступовим розвитком м'язових груп, функціональних систем і навичок координації у людей з патологічними порушеннями.

- Необхідність диференційованого підходу та інтеграції в тренувальні групи з урахуванням патології, статі, віку і рівня фізичної підготовки;
- Основна увага в активних заняттях спортом інвалідів приділяється формуванню фізичної культури людей, світогляду здорового способу життя.

Успішність і ефективність навчального процесу багато в чому визначаються правильною оцінкою психомоторних навичок, придбаним раніше руховим досвідом, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за допомогою формалізованих тестів, які, будучи цілком об'єктивними, дають реальне уявлення про стан здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Алексееенко Т.Ф. 2003. *Методологічні засади соціалізації особистості у контексті соціальних проблем*. Херсон.
- Алексееенко Т.Ф. 2005. *Умови виховання дитини*.
- Андреева Г.М. 1996. *Социальная психология*. Москва: АспектПресс.
- Андреева Г.Н. 2003. Богомолова Н.Н., Петровская Л.А. *Зарубежная социальная педагогика XX столетия: Теоретические подходы*.
- Барабаш В. В. 2004. *Молодіжний рух як об'єкт і суб'єкт реалізації молодіжної політики*. Український соціум. с.119-130
- Битинас Б.П. 1996. *Введение в философию воспитания*.
- Бобнев М.И. 1978. *Социальные нормы и регуляция поведения*.
- Василькова Ю.В., Василькова Т.А. 1999. *Социальная педагогика*.
- Вершловский С.Г. 1987. *Общее образование взрослых: стимулы и мотивы*.
- Вишняков А.С. 2000. *Диалектическая взаимосвязь социальной педагогики и социальной политики как предмет научного исследования*.
- Всесвітня декларація прав людини. Доступно:
<https://old.irs.in.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=82:1&c%20atid=47:un&Itemid=74&lang=uk > [дата звернення: 03.12.2020].
- Вульфов Б.З. 1994. *Семь парадоксов воспитания*. Москва: Новая школа, 118 с.
- Галузинський В.М., Євтух М.Б. 1995. *Педагогіка: теорія та історія*.
- Голованова Н.Ф. 2004. *Социализация и воспитание ребенка*. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Санкт-Петербург.
- Головаха Е.И., Папина Н.В. 1989. *Психология человеческого взаимопонимания*. Политиздат Украины, - 189с.
- Гуров В.Н. 1992. *Опыт организации социально-педагогической работы/ Педагогика*.

- Дикуль В. И., Зиновьева А. А. 1990. *Как стать сильным. Азбука движений.* Знание. 190 с.
- Деделюк Н.А. 2014. *Теорія і методика адаптивної фізичної культури.*
Луцьк. Вежа-Друк
- Декларація про права інвалідів.* Доступно:
< https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_117> [дата звернення: 12.11.2020].
- Декларація про права розумово відсталих осіб.* Доступно:
< https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_119> [дата звернення: 25.10..2020].
- Декларація соціального прогресу та розвитку.* URL:
https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_116 (дата звернення: 25.10.2019).
- Дж. Ритцер. 2000. *Современные социологические теории.*
- ДжемиВалкер. 2001. *Тренинг разрешения конфликтов.* Для начальной школы.
Санкт-Петербург.
- Євтух М. Б. 2003. *Соціальна педагогіка 2-ге вид.* МАУП. 232 с.
- Загвязинский В.И., Зайцев М.П., Кудашов Г.Н., Селиванова О.А., Строков Ю.П. ред. 2002. *Основы социальной педагогики: Учебное пособие для студентов педагогических вузов и колледжей*
- Закатова И.Н. 1996. *Социальная педагогика в школе.*
- Зверева О.Л., Ганичева А.Н. 1999. *Семейная педагогика и домашнее воспитание.*
- Иващенко Г.М. 1996. *Социальная реабилитация детей и подростков в специальных учреждениях.*
- Капська А.Й. ред.. 2009. *Соціальна педагогіка: підручник. 4-те вид.* Київ: Центр учбової літератури. 488 с.
- Каптерев П.Ф. 1992. *Общий ход развития русской педагогики и ее главные периоды // Педагогика. №3*
- Когут І. 2014. *Соціальна інтеграція осіб із інвалідністю та роль адаптивної фізичної культури в її реалізації.* Теорія і методика фізичного виховання і спорту. № 4. с. 61–66.

- Комар Т.О. 2005. *Особливості дезадаптації студентів з особливими потребами*. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць. Київ : Університет «Україна».
- Кон И.С. 1988. *Ребенок и общество*.
- Кон И.С. 1989. *Социализация и воспитание молодежи*.
- Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів*. Доступно: <<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1545-2000-%D0%BF>> [дата звернення: 20.10.2019].
- Косарецкая С.В., Синягина Н.Ю. 2004. *О неформальных объединениях молодежи*.
- Котова И.Б., Шиянов Е.Н. 1997. *Социализация и воспитание*. Ростов-на-Дону.
- Кравченко Т. 2009. *Соціалізація дітей шкільного віку у взаємодії сім'ї і школи: монографія*. Фенікс. Київ.
- Кубіцький С. О. 2015. *Технології соціально-педагогічної роботи в зарубіжних країнах*. Київ.
- Лукашевич М.П. 1998. *Соціалізація*.
- Маленкова Л.И. 2002. *Теория и методика воспитания*.
- Малыхин В.П. 1996. Из опыта организации комплексной социальной работы семейной направленности.
- Мардахаев Л.В. 2005. *Социальная педагогика*.
- Маслова Л.Ф. 1995. *Социальная педагогика в контексте культуры // Рабочая книга социального педагога. Ч.2*. Орел
- Медведева И.Я., Шишова Т.Л. *«Новые дети»*. Книга для родителей и педагогов, 2000.
- Мид М. 1988. *Культура и мир детства*.
- Мудрик А.В. 1997. *Введение в социальную педагогику*.
- Мудрик А.В. 2000. *Социальная педагогика*.

- Мустаева Ф.А. 2002. *Основы социальной педагогики. Учеб. для студентов высших педагогических учебных заведений.*
- Наторп П. 1911. *Социальная педагогика.* Санкт-Петербург.
- Нікул М. 2019. Ефективна соціалізація дітей з обмеженими можливостями засобами фізичної активності. *Традиції та інновації в сучасній педагогічній діяльності: європейський вимір.* Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. с. 66-67.
- Нікул М. 2020. Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»:* Зб. наук. праць. Переяслав. с.60-62.
- Нікул М. (2020) Позитивна соціалізація дітей з обмеженими функціональними можливостями засобами фізичної культури. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»:* Зб. наук. праць. Переяслав. с.62-65.
- Никандров Н.Д. 2000. *Россия: социализация и воспитание на рубеже тысячелетий.*
- Никитин В.А. 1996. *Понятие и принципы социальной педагогики.*
- Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. 2002. *Социально-педагогическая поддержка детей группы риска.*
- Пальчевський С.С. 2005. *Соціальна педагогіка.* Кондор.
- Парфановіч І. І. 2009. *Соціальна профілактика : курс лекцій.* Тернопіль. 159 с.
- Петрушин В.И. 2001. *Психологические аспекты деятельности учителя и классного руководителя.*
- Плоткин М.М. 2003. *Социальное воспитание школьников. Монография.*
- Прихожан А.И., Толстых Н.Н. 1990. *Дети без семьи.*
- Раттер М. 1987. *Помощь трудным детям.*

- Реан А.А., Коломицкий Я.Л. 1999. *Социальная педагогическая психология*.
- Рожков М.И. и др. 1991. *Концепция социализации ребенка в работе детских организаций*.
- Селиванов В.С. 2002. *Основы общей педагогики: теория и методика воспитания*.
- Семенов В.Д. 1991. *О проблемах социальной педагогики*.
- Сіренко А. Є. 2014. *Формування у старших дошкільників впевненості в собі у груповій діяльності*.
- Скрипкина Т.И. 2002. *Психология доверия*.
- Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Шарова О.Д. 2001. *Жить в мире с собой и другими. Тренинг толерантности для подростков*.
- Стандартні правила забезпечення рівних можливостей відносно інвалідів*.
Доступно: < https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306 > [дата звернення: 25.10.2019].
- Тард Г. 1902. *Социальные этюды*. с. 150
- Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. 2002. *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*.
- Филонов Л.Б. 1994. *Технология установления контакта с дезадаптированными подростками в процессе их реабилитации*.
- Фопель К. 2000. *Как научить детей сотрудничать? Часть 1*.
- Хьелл Л., Зиглер Д. 2000. *Теории личности*.
- Чабан О. 2003. *У пошуках вирішення проблеми «важких» дітей*.
с .19-21.
- Шейдер Л.Б. 2003. *Идентичность. Хрестоматия*.
- Шульга Т.И., Слот В., Спанияр Х. 2005 *Методика работы с детьми «группы риска»* .
- Щуркова Н.Е. 2005. *Прикладная педагогика воспитания*.

ДОДАТКИ

Додаток А

Психологічно-мотиваційний тренінг «Мрії-цілі-дії»

Мета тренінгу: навчити учасників долати бар'єри на шляху до мети й позбуватися їх повністю, навчити черпати натхнення та мотивацію для роботи над собою та знаходити баланс між особистими та професійними цілями.

Завдання:

- активізувати учасників до досягнення поставлених цілей;
- допомогти визначити реальну мрію;
- проаналізувати шлях до реалізації мети.

Категорія учасників тренінгу: молодь з інвалідністю (вік 16-35 років).

Кількість учасників тренінгу: 15-20 осіб.

Час, необхідний для проведення тренінгу: 3 години.

Кількість тренерів – 1 особа: психолог.

Форма проведення: просвітницький тренінг.

Структура тренінгу

Зміст діяльності	Приблизна тривалість, хв.
Відкриття тренінгу, привітання учасників, представлення тренера	20
Вправа «Що таке мета, а що мрія?»	30
Вправа «Я зараз, Я у майбутньому»	30
Вправа «Власні ресурси»	30
Вправа «Цілі та їх досягнення»	30
Завершення тренінгу, обмін враженнями	40

Хід проведення тренінгу

Обладнання: роздаткові матеріали: листочки, ручки, олівці; фліпчарт.

Вправа 1. «Що таке мета, а що мрія?» Про що ви мрієте найбільше? Виділіть одну найбільш важливу мрію актуальну для вас саме зараз. Запишіть її на листочку. Тепер надайте оцінку тому, що ви записали: ваше бажання відображає мрію чи його можна сміливо назвати метою. Ви лише думаєте про здійснення цього бажання чи вже зробили кроки для його реалізації?

Вправа 2. «Я зараз, Я у майбутньому» Візьміть аркуш паперу та розділіть його навпіл. З лівої сторони опишіть себе зараз, у даний період часу. Описуючи, намагайтесь відповісти на такі питання: про що ви мрієте, до чого прагнете, що заважає здійсненню вашої мрії, що стримує вашу активність на шляху до її реалізації. Можливо ви завжди прогнозуєте лише негативні результати, а тому боїтесь починати діяти, можливо ви не вірите в те, що у вас може вийти так як ви плануєте.

А тепер уявіть, що ви вже досягли своєї мети. Праворуч намалюйте і опишіть себе за тими самими питаннями, але враховуючи зміни, які мали б відбутися з вами на за весь період вашого шляху до успіху.

Рефлексія. Подивіться уважно на ваші малюнки, чи помітили ви різницю? Які зміни відбулися між першим і другим зображенням? Прокоментуйте їх?

Вправа 3. «Власні ресурси»

Складні ситуації зустрічаються майже кожного дня, але не кожна з них закінчується поразкою. Завдяки чому ми знаходимо вихід із складних життєвих ситуацій?

Розділіть ще раз аркуш паперу навпіл. Перша колонка буде мати назву «зовнішні ресурси», друга – «внутрішні ресурси». А тепер спробуйте виявити те, що завжди вас підтримує і допомагає запобігти невдачі у будь-якій життєвій ситуації. У першій колонці запишіть тих людей, на допомогу або пораду яких ви завжди можете розраховувати. У другій – найсильніші риси вашого характеру й темпераменту, які вже сьогодні вас підтримують.

Рефлексія. Тож на які власні ресурси ви можете розраховувати на шляху до досягнень?

Вправа 4. «Цілі та їх досягнення»

Визначення цілей. Без жодних обмежень, запишіть у стовпчик не менше шести бажань, здійснити які ви поки ще не змогли за якихось певних причин. Подумайте, про що ви мрієте, ким хочете стати у майбутньому, чим займатися.

Виділення пріоритетів. А тепер напроти кожного бажання визначте позицію за ступенем важливості й значущості від 1 до 6 (якщо цілей у вас не більше шести): 1 – найважливіше бажання, а 6 – найменш важливе і його реалізація для вас сьогодні не дуже принципова.

Встановлення часових обмежень. Із наведеного переліку виберіть не більше чотирьох цілей, яких ви можете досягти вже в цьому році.

Виділення найбільш значних цілей. Підкресліть три ваші основні мети (від 1 до 3) і спробуйте визначити, як ви оцінюєте ваші бажання і прагнення їх досягти. Можливо в усіх трьох випадках, йдеться лише про мрію і ви насправді не дуже й вірите, що це здійсниться? А якщо вірите, то можливо пора вже починати діяти?

Рефлексія. Хто хотів би прокоментувати результати своєї роботи?

Додаток Б**Інформаційний тренінг «Сам собі прокурор»**

Мета тренінгу: виявити знання учасників щодо знань своїх прав

Завдання:

- активізувати потребу учасників тренінгу у знанні власних прав;
- навчити учасників тренінгу самостійно відстоювати свої права;
- підвищити рівень комунікаційних здібностей.

Категорія учасників тренінгу: молодь з інвалідністю (вік 16-35 років).

Кількість учасників тренінгу: 15-20 осіб. Час, необхідний для проведення тренінгу: 60 хвилин.

Кількість тренерів — 1 особа: юрист.

Форма проведення: просвітницький тренінг.

Хід проведення:

Обладнання: роздаткові матеріали: листочки, ручки олівці; фліпчарт.

Першим етапом було об'єднання учасників тренінгу у сім малих груп, кожна з цих груп отримала певну ситуацію. Завдання для груп: прочитати ситуації та записати на аркуші папері перелік прав людей з інвалідністю, які порушені, а також зафіксувати, у яких державних і міжнародних документах зазначені ці права.

Наступним етапом був спільний аналіз усіх ситуацій, а також виокремлення, на підготовленому плакаті, прав, які мають люди з інвалідністю.

Завершальним етапом була консультація з професійним юристом.

Ситуації для обговорення на інформаційному тренінгу «Сам собі прокурор»

Ситуація 1. Ірині 20 років, вона пересувається на інвалідному візку, веде закритий спосіб життя, майже не покидає власного будинку. Їй не подобається відчувати себе безпорадною. Вона прагне знайти своє місце в житті, отримати спеціальність, роботу. Окрім того, вона познайомила з Тарасом, дуже позитивним молодим чоловіком. Дівчина хоче створити

власну сім'ю. Ірина 37 живе з батьками та старшою сестрою, які повністю піклуються про неї. Мати запевняє дочку, що вона діє в її ж інтересах, не даючи їй можливості вести самостійний спосіб життя. Її і так прогодує сім'я, у неї також є сестра, яка завжди допомагатиме їй. Також мати не вірить у казки про кохання, тим більше до людини з інвалідністю. Мати впевнена, що на Ірині може одружуватися тільки дуже корислива людина, якій потрібна або їхня квартира, або машина, гроші тощо, але не дівчина в інвалідному візку. Матір з дочкою ведуть довгу та важку розмову, у результаті якої кожний залишається з власною думкою.

Ситуація 2. Віктор – інвалід, який рухається на візку та проживає у квартирі самостійно, багато років не виходить за її межі. Віктор вже не перший рік веде боротьбу з комунальним господарством, що обслуговує його будинок, адже воно повинне побудувати для нього пандус, щоб мав змогу самостійно вийти з будинку. У нього є мрія – потрапити в магазин і самому купити все, що потрібне. Йому вдалося добитися свого і комунальне підприємство встановило пандус, але такий крутий, що спускатися ним надзвичайно важко. Нарешті після довгих переговорів Віктору вдалося умовити начальника переробити пандус. І ось свято! Віктор вперше, без будь-якої допомоги, виїжджає на вулицю. Одразу ж біля під'їзду він зустрічає сусіда Сергія, який дивиться на нього із здивуванням. Сергій цікавиться, навіщо Віктор подолав стільки усього, щоб вийти на вулицю, адже соціальні працівники або хтось з сусідів може купити Віктору все необхідне. Сергій навіть пропонує свої послуги – сходити в магазин. Але Віктор повний рішучості потрапити туди самостійно. Сергію важко зрозуміти його відчуття. Віктор іде в бік магазину, зустрічаючи на шляху бар'єри: бордюри, ями. Але він долає їх. Коли ж Микола дістався магазину, він одразу ж засмучується, побачивши перед собою мармурові сходи на яких немає ніяких пандусів і поручнів.

Ситуація 3. Ольга – молода дівчина, має вади слуху, через що у неї нечітка мова. Оля намагається влаштуватися продавцем-консультантом у

супермаркет. Але щоразу під час співбесіди в черговий магазин, їй відмовляють, супроводжуючи різними поясненнями: «Немає вакансій»; «А як 38 Ви збираєтеся спілкуватися з покупцями?! Ніхто у Вашу мову не вслухатиметься!»

Ситуація 4. Аня має інвалідність з дитинства, у неї маленький ріст, близько 139 см. Вона закінчила юридичний факультет інституту з «червоним дипломом». Після телефонної співбесіди вона прийшла влаштуватися на роботу, але, коли її побачили (по телефону вона не сказала про свою інвалідність), їй одразу сказали, що місце, на яке вона претендувала, вже зайняте. Аня попросила сходити на ту ж саму співбесіду свою подругу, звичайну дівчину, без жодних вад. У цій фірмі їй сказали, що з радістю візьмуть її на роботу.

Ситуація 5. Хлопець, що пересувається на інвалідному візку, вчиться в Інституті на факультеті іноземних мов. Він розмістив своє резюме в інтернеті (у ньому він не вказав про свою інвалідність). Його запросило на співбесіду представництво зарубіжної фірми. У відділі кадрів фірми були дуже здивовані, що молода людина з інвалідністю. Йому сказали, що організація за три тижні переїздить із нових координат залишила тільки електронну адресу. Йому дали декілька сторінок для перекладу, сказавши, що це випробувальне завдання, і попросили вислати його електронною поштою, де надалі з ним контактують і скажуть про результати. Хлопець виконав завдання і відіслав, але вже більше двох місяців немає жодних результатів.

Ситуація 6. Фахівець: Вважає, що краще знає проблеми людей з інвалідністю, і обіцяє розробити ІПР без участі самого інваліда, який в цей час може не бути присутній. Говорить, що у держави грошей немає, але чим зможе, тим допоможе. Людина з інвалідністю: Чув, що є якась ІПР, але не знає, що це і чим може йому допомогти. Не упевнений, що вона йому взагалі потрібна та готовий довіритися фахівцю.

Додаток В**«Я художник — я так бачу!»— майстер-клас по написанню картин акриловими фарбами**

Мета майстер-класу: розкрити творчий потенціал учасників через застосування арт-терапії, допомогти гармонізувати емоційний стан та навчити виражати власні почуття через творчість.

Категорія учасників майстер-класу: молодь з інвалідністю (вік 16-35 років).

Кількість учасників майстер-класу: 15-20 осіб.

Час, необхідний для проведення майстер-класу: 2 години.

Кількість тренерів – 1 особа: художник.

Хід проведення:

Обладнання: роздаткові матеріали: листочки, акрилові фарби, пензлі, олівці; композиція з фруктів.

Майстер-клас відбувався в два етапи. Першим було заняття, де учасники мали змогу самостійно та з допомогою професійного художника намалювати осінній натюрморт, а другим етапом стало розміщення картин у форттечній галереї «Бастіон» з метою привернення уваги, не лише до даного проекту, а й до проблеми інвалідності як такої.