

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

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З
ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я
(ЗА ДОСВІДОМ РОБОТИ КОМУНАЛЬНОЇ УСТАНОВИ ЦЕНТРУ
НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
РЕНІЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ)

Кваліфікаційна робота здобувача
освітнього ступеня «магістр»
(бакалавр, магістр)
спеціальності 231 Соціальна робота
(шифр і назва спеціальності (спеціалізації, предметної спеціальності))
освітньої програми Соціальна робота.
Соціальна педагогіка
(назва освітньої програми)


Манолової Ганни *Man*
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

Керівник к. пед. н., доцент Замашкіна О.Д. *oz*
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Рецензент к. пс. наук, доц. Мазоха І.С. *ms*
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри права і соціальної роботи
(назва випускової кафедри)

протокол № 7 від «08» січня 2024 р.

Завідувач кафедри  Мещієв А С
(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист на відкритому засіданні ЕК

«19» січня 2024 р.

Оцінка _____
(за столбальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

 Звєрєва В. К.
(підпис) (прізвище, ініціали)

Анотація до кваліфікаційної роботи

Манолової Анни

на тему

Соціальна реабілітація дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я (за досвідом роботи Комунальної установи центру надання соціальних послуг Ренійської міської Ради)

Кваліфікаційна робота є комплексним ґрунтовним дослідженням особливостей соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями, вивчення якого спиралось на досвід роботи Комунальної установи центру надання соціальних послуг Ренійської міської Ради .

Подолання відчуження індивіда від його справжньої сутності, формування духовно-розвиненої особистості в процесі історичного розвитку суспільства не відбувається автоматично, а потребує певних зусиль з боку суспільних інститутів, насамперед соціально-реабілітаційних центрів. Зусилля спрямовуються як на створення об'єктивних соціальних умов розвитку, так і на реалізацію нових можливостей, що відкриваються, на кожному історичному етапі, для духовно-морального вдосконалення особистості.

Батьки й педагоги дедалі частіше стурбовані тим, що потрібно допомагати «особливій» дитині, щоб ця дитина, котра опинилася у складній життєвій ситуації, стала впевненою у своїх силах, щасливою, розумною, добродушною й успішною.

Настанова соціальної реабілітації полягає в тому, щоб кожну людину долучити до суспільного прогресу, розвитку, активної діяльності у соціумі. Ця установка визначає стратегію розвитку інклюзії.

Кожна держава залежно від рівня свого розвитку, пріоритетних завдань і можливостей формує соціальну та економічну політику щодо осіб з інвалідністю або обмеженими можливостями здоров'я.

Мета дослідження: апробувати комплексну програму ОМЗ діяльності соціальної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями

Комунальної установи Центру надання соціальних послуг Ренійської міської Ради (далі – КУ ЦНСП).

Об'єкт дослідження: діти та молодь з обмеженими можливостями здоров'я.

Предмет дослідження: процес соціальної реабілітації дітей та молоді з ОМЗ на основі інноваційних підходів щодо реалізації реабілітаційної діяльності.

Робота складається з трьох розділів.

У розділі «Наукові підходи щодо визначення соціально-психологічних особливостей дітей та молоді з обмеженими можливостями» здобувачкою осмислено підходи щодо пояснення визначення «діти та молодь з обмеженими можливостями здоров'я»; окреслено соціально-психологічні характеристики означеної категорії населення; визначено умови успішної соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями.

Другий розділ – «Інноваційні технології соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я в умовах КУ ЦНСП» – присвячено визначенню понять «інновація», «інноваційна технологія», «інноваційний підхід», а також досліджено впровадження інновацій у роботу КУ ЦНСП, що особливо значущим у дослідженні.

У третьому розділі – «Експериментальне дослідження впровадження інноваційних підходів у процесі соціальної реабілітації дітьми та молоді з обмеженими можливостями в умовах КУ ЦНСП» – здобувачка репрезентувала результати власного дослідження з окресленої проблематики, застосувавши комплексну програму, яку впроваджують в Центрі, представивши позитивну динаміку клієнтів установи.

На основі результатів проведеного дослідження було вивчено способи соціальної реабілітації дітей та молоді, апробувавши Комплексну програму з соціальної реабілітації осіб з ОМЗ КУ ЦНСП Ренійської міської ради, викладено заходи щодо вдосконалення процесу реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я та обґрунтовано їх ефективність.

Отже, успішній соціальній реабілітації дітей та молоді з ОМЗ перешкоджають неповною мірою реалізовані заходи з охорони здоров'я, навчання та профорієнтації, слабка поінформованість таких дітей про можливі методи реабілітації, пріоритети соціальної політики, пільги, що надаються державою. Для найефективнішої адаптації дітей з обмеженими можливостями необхідне розроблення соціально – диференційованої державної та регіональної політики з урахуванням фізіологічних, вікових, психологічних та інших особливостей цієї групи населення країни та регіону. Реалізація інновацій у соціальній політиці з охорони здоров'я та реабілітації з урахуванням зростання чисельності дітей та молоді з ОМЗ може сприяти пом'якшенню соціально-демографічної ситуації в українському суспільстві, сприяти прискоренню її соціально-економічного розвитку.

Ключові слова: соціальна реабілітація, особа з обмеженими можливостями, центр соціальної реабілітації, інновація, інноваційна діяльність, інноваційні технології, інноваційні підходи.

Annotation to the qualification work

by Anna Manolova

on the topic

Social rehabilitation of children and young people with disabilities

(based on the experience of the Municipal Institution of the Centre for Social Services of the Reni City Council)

The qualification work is a comprehensive in-depth study of the peculiarities of social rehabilitation of persons with disabilities, the study of which was based on the experience of the Municipal Institution of the Centre for the Provision of Social Services of the Reni City Council.

Overcoming the alienation of an individual from his or her true essence, the formation of a spiritually developed personality in the process of historical development of society does not happen automatically, but requires certain efforts

on the part of public institutions, primarily social rehabilitation centres. Efforts are directed both at creating objective social conditions for development and at realising new opportunities that open up at each historical stage for the spiritual and moral improvement of the individual.

Parents and educators are increasingly concerned about the need to help a «special» child so that this child, who finds himself or herself in a sweet life situation, can become self-confident, happy, intelligent, good-natured and successful.

The guideline of social rehabilitation is to involve every person in social progress, development, and active participation in society. This principle defines the strategy for the development of inclusion.

Each state, depending on its level of development, priorities and capabilities, forms social and economic policies for people with disabilities or health problems.

The purpose of the study: to test a comprehensive programme of social rehabilitation activities for children and young people with functional disabilities at the Municipal Institution of the Centre for Social Services of the Reni City Council (hereinafter – Municipal Institution of the Centre for Social Services).

Object of study: children and young people with disabilities.

The subject of the study: the process of social rehabilitation of children and youth with disabilities based on innovative approaches to the implementation of rehabilitation activities.

The paper consists of three sections.

In the section «Scientific approaches to determining the socio-psychological characteristics of children and youth with disabilities», the applicant comprehends the approaches to explaining the definition of "children and youth with disabilities"; outlines the socio-psychological characteristics of this category of population; determines the conditions for successful social rehabilitation of children and youth with disabilities.

The second section – «Innovative technologies of social rehabilitation of children and youth with disabilities in the conditions of the CU CNSF» – is devoted

to the definition of the concepts of «innovation», «innovative technology», «innovative approach», and also examines the introduction of innovations in the work of the CU CNSF, which is especially important in the study.

In the third chapter – «Experimental study of the implementation of innovative approaches in the process of social rehabilitation of children and youth with disabilities in the conditions of the CU CNSC» – the applicant presented the results of her own research on the outlined issues, applying a comprehensive programme implemented in the Centre, presenting the positive dynamics of the institution's clients.

Based on the results of the study, the author studied the ways of social rehabilitation of children and youth, testing the Comprehensive Programme for Social Rehabilitation of Persons with OMH of the Reni City Council, outlined measures to improve the process of rehabilitation of children with disabilities and substantiated their effectiveness.

Thus, the successful social rehabilitation of children and youth with OMH is hampered by incompletely implemented health care, education and vocational guidance measures, poor awareness of such children about possible methods of rehabilitation, social policy priorities, and benefits provided by the state. The most effective adaptation of children with disabilities requires the development of socially differentiated state and regional policies, taking into account the physiological, age, psychological and other characteristics of this group of the population of the country and the region. Implementation of innovations in social policy on health care and rehabilitation, taking into account the growing number of children and young people with disabilities, can help mitigate the socio-demographic situation in Ukrainian society and accelerate its socio-economic development.

Key words: social rehabilitation, person with disabilities, social rehabilitation centre, innovation, innovative activity, innovative technologies, innovative approaches.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ I НАУКОВІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ	11
1.1. Наукові підходи до осмислення терміну «діти та молодь з обмеженими можливостями»	11
1.2. Особливості соціально-психологічних характеристик дітей та молоді з обмеженими можливостями	13
1.3. Умови успішної соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями	20
Висновки до I розділу	24
РОЗДІЛ II ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В УМОВАХ КУ ЦНСП	25
2.1. Загальна характеристика понять «інновації», «інноваційні підходи», «інноваційні технології»	25
2.2. Напрями роботи фахівців з соціальної реабілітації дітей з особливими потребами	36
2.3. Роль сучасних форм роботи у ефективній соціальній реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями	41
Висновки до II розділу	47
РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЬМИ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В УМОВАХ КУ ЦНСП	49
3.1. Характеристика діяльності КУ «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської Ради	49
3.2. Аналіз дослідження позитивної динаміки з соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями	51
3.3. Кількісний і якісний аналіз результатів експериментальної роботи	58
Висновки до III розділу	86

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ.....	90
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність дослідження. Соціальні процеси, що відбуваються сьогодні, загострили зацікавленість до розвитку особистості в конкретному соціокультурному й освітньому середовищі. Забезпечення гарантій для відновлення і пристосування до сучасног життя, здійснення соціальної реабілітації осіб, що потребують підтримки з боку суспільства, створення відповідних умов для розвитку, навчання і виховання особи з обмеженими можливостями здоров'я (далі – особа з ОМЗ) – основні завдання, розв'язання яких покладено на преставників соціономічної сфери.

Подолання відчуження індивіда від його справжньої сутності, формування духовно-розвиненої особистості в процесі історичного розвитку суспільства не відбувається автоматично, а потребує певних зусиль з боку суспільних інститутів, насамперед соціально-реабілітаційних центрів. Зусилля спрямовуються як на створення об'єктивних соціальних умов розвитку, так і на реалізацію нових можливостей, що відкриваються, на кожному історичному етапі, для духовно-морального вдосконалення особистості.

У сучасному світі проблема соціального розвитку підростаючого покоління стає однією з актуальних. Батьки й педагоги дедалі частіше стурбовані тим, що потрібно допомагати «особливій» дитині, щоб ця дитина, котра опинилася у складній життєвій ситуації, стала впевненою у своїх силах, щасливою, розумною, добродушною й успішною.

Настанова соціальної реабілітації полягає в тому, щоб кожну людину долучити до суспільного прогресу, розвитку, активної діяльності у соціумі. Ця установка визначає стратегію розвитку інклюзії.

Кожна держава залежно від рівня свого розвитку, пріоритетних завдань і можливостей формує соціальну та економічну політику щодо осіб з інвалідністю або обмеженими можливостями здоров'я.

Здійснення цієї політики залежить від безлічі чинників: розвитку системи охорони здоров'я, соціально-економічного розвитку, стану екологічного середовища, історичних і політичних причин.

Збільшенню кількості дітей з ОМЗ сприяє погіршення екологічної обстановки, високий рівень захворюваності батьків (особливо матерів), дитяча захворюваність, зростання травматизму, відсутність культури здорового способу життя, низка змінних соціально-педагогічних і медичних проблем. Спеціальні психологи працюють над вирішенням комплексу проблем осіб з ОМЗ. Бути рівноправним членом суспільства, створювати блага на користь суспільства, реалізувати право освіти і гідну працю, на активне існування в розумовому та фізичному плані особам з ОМЗ – основна мета соціально-педагогічної реабілітації.

Вивченням своєрідності соціальної підтримки займалися багато вчених-дослідників, такі як М. Бойко, Н. Голова, А. Гриб, А. Іпатов, А. Капська, Ю. Коробкін, М. Кравченко, М. Лукашевич, О. Мороз, Т. Мосійчук, О. Полякова, О. Поляк, А. Попова, Л. Прядко, А. Потіха, Ю. Сапарай, В. Тесленко, О. Тополь, К. Уварова, В. Щенцова, Я. Юрків, та інші. Цей вид діяльності розглядається ними переважно в контексті медичних, соціальних і правових проблем, що потребують соціального захисту певних груп населення в межах визначеного правового поля, або як соціокультурна взаємодія між певними групами людей, які опинилися в складних життєвих обставинах, і суспільством.

Проблеми поширеності інвалідності серед дітей, її структури, організаційні проблеми та регіональні особливості цього явища дістали часткове відображення в роботах А. Баранюк, Р. Ігнатської, М. Нікітіної, Е. Тавець, О. Савчук та ін.

На сьогодні соціальний супровід дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я із соціально-медичної проблеми переростає в загальну соціальну задачу, що представляє собою взаємодію всього соціокультурного оточення людини: сім'ї, інтернату, закладу освіти, медичних установ та

реабілітаційних центрів. Як найактуальнішу проблему дітей з обмеженими можливостями здоров'я батьки вказують на «труднощі самореалізації, непотрібність у суспільстві, відсутність перспектив».

Теоретичною основою дослідження є:

1. дослідження психологічних особливостей осіб з обмеженими можливостями здоров'я підліткового та юнацького віку;
2. дослідження інновацій в системі соціальної підтримки та реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я;
3. дослідження впровадження інноваційних підходів в процесі соціальної реабілітації осіб з ОМЗ та формування соціальної зрілості такої особистості.

Мета дослідження: апробувати комплексну програму ОМЗ діяльності соціальної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Комунальної установи центру надання соціальних послуг Ренійської міської Ради (далі – КУ ЦНСП).

Об'єкт дослідження: діти та молодь з обмеженими можливостями здоров'я.

Предмет дослідження: процес соціальної реабілітації дітей та молоді з ОМЗ на основі інноваційних підходів щодо реалізації реабілітаційної діяльності.

Завдання дослідження:

- на основі аналізу літературних джерел і власних експериментальних результатів вивчити наукові підходи до розуміння психологічних особливостей дітей та молоді з ОМЗ;
- визначення інноваційної діяльності в соціальній роботі та характеристика інноватики в соціально-реабілітаційній роботі КУ ЦНСП;
- аналіз результатів успішності реалізації інноваційного підходу до соціально-реабілітаційного процесу на базі КУ ЦНСП.

Гіпотеза дослідження. Ми припускаємо, що процес соціальної реабілітації дітей та молоді з ОМЗ в умовах «Центру надання соціальних послуг» буде успішнішим при дотриманні умов, а саме:

1. створення соціально-педагогічного середовища для успішної соціальної реабілітації осіб з ОМЗ на базі КУ ЦНСП;
2. взаємодіяльність Центру і батьків із та інтеграції в суспільство з урахуванням психологічних особливостей дітей та молоді з ОМЗ;
3. використовувати спеціально підібрані інноваційні методи та прийоми соціальної реабілітації для формування успішної особистості особи з ОМЗ.

Методи дослідження: Для розв'язання поставлених завдань і перевірки вихідних положень було використано комплекс взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих один одного методів: оглядово-аналітичні й теоретичні (аналіз літератури та моделювання), психологічні (психодіагностичні й психолого-педагогічні) та математико-статистичні (критерій оцінки нормальності розподілу, кореляційний аналіз).

Методики дослідження: методика «Індивідуальний профіль соціального розвитку дитини»(Степанова Г.Б.), методика В.Г. Маралова, В.І. Сітарова «Соціальна активність дітей з ОМЗ», методика «Зробимо разом»Р. Р. Калініної (ця методика призначена для виявлення та оцінювання рівня розвитку моральної спрямованості особистості дитини, що виявляється у взаємодії з однолітком), методика з оцінювання рівня тривожності дитини А.І.Захарової; методика «Драбинка» (спрямована на виявлення сформованості самооцінки), соціометрична Методика «Два будиночки» (спрямована на визначення кола значущого спілкування дитини, особливості взаємовідносин у групі, виявлення симпатій до членів групи, визначення симпатії та антипатії до оточуючих), методика емоційного ставлення до моральних норм «Сюжетні картинки».

База дослідження: у дослідженні брали участь діти і молодь Комунальної установи «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської ради (Одеська область). Вибірка проводилася за особистими справами

клієнтів. У психологічному експерименті взяли участь 2 групи по 15 осіб (експериментальна та контрольна).

Практична значущість дослідження полягає в апробації розробленої комплексної програми соціальної реабілітації дітей та молоді КУ ЦНСП щодо підвищення рівня реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я та алгоритм ефективного використання програми в практичній соціально-педагогічній діяльності.

Апробація дослідження. Результати дослідження оприлюднено на наукових конференціях:

- 1) Значення соціальної реабілітації у житті дітей та молоді з особливими потребами. *Науковий пошук студентів XXI ст.: актуальні питання гуманітарних та соціально-економічних наук. Вип. 8. За матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Науковий пошук студентів XXI ст. сучасні проблеми та тенденції розвитку гуманітарних і соціально-економічних наук» (17 листопада 2022 р.). Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2022 С. 225-230.*
- 2) Особливості сучасного проектування реабілітаційних центрів (на прикладі проектів центрів для незрячих). *Науковий пошук студентів та аспірантів XXI ст.: сучасні проблеми та тенденції розвитку гуманітарних і соціально-економічних наук. Вип. 9. За матеріалами IX Всеукраїнської науково-практичної конференції «Науковий пошук студентів та аспірантів XXI ст.: сучасні проблеми та тенденції розвитку гуманітарних і соціально-економічних наук» (17 листопада 2023 р.). Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2023. С. 282-284.*
- 3) Особливості соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я. *Пріоритетні напрями європейського наукового простору: пошук студента. Вип. 13. Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2023. С. 323-325.*
- 4) Інноваційні підходи до реабілітації та дітей з обмеженими можливостями здоров'я. *Інноваційні методи та технології підготовки фахівців соціальної сфери: тези доповідей Міжнародної науково-*

практичної конференції (м.Київ, 22 березня 2023 р.). Національний авіаційний університет. Київ. НАУ. 2023. С. 63-66.

- 5) Заняття ЛФК як метод соціальної реабілітації та відновлення осіб з інвалідністю. *Правова та соціальна трансформація сучасного суспільства в умовах євроінтеграції України. Збірник наукових праць за матеріалами III Всеукраїнської науково-практичної конференції (07 грудня 2023 р.).* Ізмаїл. РВВ ІДГУ. 2023. С. 17-2.

Структура кваліфікаційної роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Отримані емпіричні дані представлено в таблицях (23), діаграмах (4), гістограмах (3) та схемах (2).

РОЗДІЛ І НАУКОВІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1. Наукові підходи до осмислення терміну «діти та молодь з обмеженими можливостями»

Сучасна Україна активно рухається в європейському напрямку розвитку українського суспільства, визначила спрямування державної політики на наближення рівня життя громадян України до європейських стандартів, впроваджуючи європейських цінності в усі сфери життя держави та суспільства.

Міжнародна співпраця України проявляється насамперед в приєднанні до європейської спільноти. Йдеться про розвиток відносин із країнами Євросоюзу, а також із країнами всього світу з огляду на останні процеси, які відбуваються в напрямі уніфікації застосування принципів права, принципів дотримання прав людини та механізму захисту прав у разі їх порушення.

Зважаючи на вимоги розвитку сучасного права, Україна активно проводить реформи на виконання умов Угоди про асоціацію із ЄС стосовно євроінтеграції національного законодавства у сфері економіки, політики й культури [Єфремова, 2019].

Протягом останніх десятиріч у світі відбулися суттєві зміни стосовно ставлення до інвалідів. Підставою цих змін є визнання рівності прав інвалідів на повноцінне життя в суспільстві та створення державами реальних умов для реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів. Якщо раніше їх основу становили здебільшого мотиви милосердя до інвалідів, то нині – стан дотримання їхніх прав [Слабкий, Шафранський, Дудіна, 2016]. Обов'язком держави й суспільства є забезпечення належного соціального захисту й підтримки, соціальної інтеграції, створення рівних можливостей для самореалізації, повноцінного життя, здобуття освіти і працевлаштування,

залучення інвалідів до духовного, культурного та спортивного життя.

На підставі вищезазначеного можемо уточнити поняття «дитина з обмеженими можливостями». термін особа з обмеженими можливостями здоров'я (далі – діти з ОМЗ) з'явився в українському законодавстві порівняно недавно. Згідно з Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування терміну «особа з інвалідністю» та похідних від нього» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 46, ст.371)» цей термін є похідним від терміну «інвалід», «особа з інвалідністю» [Пилипенко, Завгородній, Мороз, 2019].

Однак, при цьому немає чіткого нормативного визначення цього поняття. Це призвело до того, що цей термін сприймався як рівнозначний або близький терміну «особа з інвалідністю».

Необхідно спеціально відзначити той факт, що ці поняття не рівнозначні. Наявність у людини правового статусу інваліда не означає необхідності створення для неї додаткових гарантій реалізації права на освіту. А дитина з ОМЗ, не будучи визнаною в установленому законом порядку інвалідом, може мати особливі освітні потреби. Вони передбачають, у т.ч. і можливість навчання дитини з ОМЗ у загальноосвітній школі за адаптованою освітньою програмою.

Діти з ОМЗ – це діти, які мають вади у фізичному та (або) психічному розвитку, мають значні відхилення від нормального психічного і фізичного розвитку, спричинені серйозними вродженими чи набутими дефектами і через це потребують спеціальних умов навчання і виховання. Отже, до групи дітей з ОМЗ належать діти, стан здоров'я яких перешкоджає освоєнню ними всіх або окремих розділів освітньої школи поза спеціальними умовами виховання і навчання.

Поняття охоплює категорію осіб, життєдіяльність яких характеризується будь-якими обмеженнями або відсутністю здатності здійснювати діяльність у спосіб або в межах, що вважаються нормальними для людини даного віку [Мостіпан, 2022]. Це поняття характеризується

надмірністю або недостатністю порівняно зі звичним у поведінці або діяльності, може бути тимчасовим або постійним, а також прогресуючим і регресивним.

У країнах Західної Європи та США використовують терміни «children with special educational needs» («діти з особливими потребами») і «challenged» (від слова «challenge» – «виклик»), «slow learners children» – діти, які повільно навчаються; «children with learning disabilities» – діти з труднощами в навчанні; «with specific learning problems» – діти зі специфічними проблемами в навчанні, handicap (обмеження, перешкода).

Поняття обмеження розглядається з різних точок зору і відповідно по-різному позначається в різних професійних сферах, що мають стосунок до людини з порушеним розвитком: у медицині, соціології, сфері соціального права, педагогіці, психології [Кравченко, 2022]. Відповідно до цього, поняття «діти та молодь з обмеженими можливостями» дає змогу розглядати дану категорію осіб як таких, що мають функціональні обмеження, нездатні до будь-якої діяльності внаслідок захворювання, відхилень або вад розвитку, нетипового стану здоров'я, внаслідок неадаптованості зовнішнього середовища до основних потреб індивіда, через негативні стереотипи, забобони, що виокремлюють нетипових людей у соціокультурній системі.

1.2. Особливості соціально-психологічних характеристик дітей та молоді з обмеженими можливостями

У вітчизняній і зарубіжній науці дослідженнями в галузі структури особистості дітей і молоді з обмеженими можливостями здоров'я займалася ціла низка вчених: Г.С. Андреева, Л.С. Виготський, А.Р. Лурія, В.І. Лубовський, І.В. Солоднікова, А.Р. Левіна, М.С. Певзнер та інші.

Виготський Л.С. основною причиною зміни особистості підлітків з обмеженими можливостями здоров'я називав їхню «асоціалізованість», «невключеність» у життя суспільства і, як наслідок, відсутність соціального

виховання. З цієї позиції зміни особистості не є відсутністю якогось органу або порушенням його функції, а є порушенням «соціальної функції» людини. Вчений вважав, що «соціальне виховання переможе дефективність» [Виготський, 1967].

Загальна риса особистості підлітків з ОМЗ полягає в тому, що дефект створює відмінне від норми, змінене становище. Форма прояву дефекту призводить до того, що завжди виникають якісь нові своєрідні зміни особистості, а також щоразу інші проблеми. Проте в усіх підлітків з особливостями здоров'я, незалежно від виду та ступеня порушення здоров'я, можна спостерігати одну спільну рису: вони «інші» ніж решта молодих людей, і саме ця різниця певною мірою встановлює їхній подальший життєвий шлях, відмінний від звичайного. У них часто проявляється тенденція до ізоляції від суспільства. Раніше цьому сприяло роздільне від здорових дітей і підлітків виховання та навчання в спеціальних школах і закладах, і хоча нині ситуація, у зв'язку із запровадженням інклюзивної освіти, змінилася, у молодих людей з особливостями, як і раніше, проявляється порушення здатності включатися в нормальний процес життєдіяльності.

Відхилення в розвитку особистості осіб з обмеженими можливостями здоров'я спричиняють порушення в царині пізнання і комунікації, емоційно-вольової сфери, стають причиною патологічних фобій і неадекватних форм поведінки. У них часто спостерігається прояв таких емоційних станів, як почуття страху, образи, остраху, боязні, сорому, які часто мають крайній ступінь вираженості. Зачепленою виявляється і самооцінка особистості, коли деякі підлітки з ОМЗ мають занижену самооцінку, значно менша частина - адекватну, але також трапляються підлітки, у яких самооцінка завищена. Переоцінка та недооцінка власних сил, здібностей, становища в суспільстві трапляється в них частіше, ніж у підлітків без порушень здоров'я [Агарков, 2018].

Наступний небажаний прояв в особистості дитини з обмеженими можливостями здоров'я – це почуття неповноцінності. Надалі воно може

перейти в комплекс неповноцінності особистості, який зазвичай формується у дітей ще в період усвідомлення ними своїх обмежень і поглиблюється, якщо з боку оточуючих проявлятиметься до них негативне або зневажливе ставлення.

У традиційній вітчизняній і зарубіжній психології, як було зазначено раніше, успішність особистості безпосередньо залежить від її саморозвитку в процесі взаємодії з різними соціальними групами, громадськими інститутами, організаціями, унаслідок чого, в результаті якого, виробляється активна життєва позиція людини. При цьому важливо мати на увазі, що процес саморозвитку особистості триває протягом усього життя людини (Р.В. Овчарова, В.А. Аверін та ін.).

На соціалізацію підлітка з обмеженими можливостями здоров'я впливає і процес комунікації, і, насамперед, такі види, як міжособистісне спілкування в соціумі та спілкування в діалозі. У сучасних умовах роль міжособистісного спілкування в процесі становлення особистості підлітка зростає у зв'язку з низкою об'єктивних і суб'єктивних обставин, які виявлено в дослідженнях філософів, психологів, педагогів, дефектологів, серед яких зазначимо таких: Л.І. Божович, В.В. Давидов, О.М. Леонтьєв, А.В. Мудрик, М.І. Лісіна, Д.Б. Ельконін, Л.С. Виготський та ін.).

Спілкування, будучи компонентом усіх видів діяльності, яка передбачає взаємодію людей, виявляється умовою, без якої неможливе пізнання дійсності та формування емоційного відгуку на цю дійсність. Спілкування є засобом формування ставлення до інших і до себе. Як уже зазначалося вище, будь-яка діяльність, до якої долучаються діти та підлітки, може розглядатися у двох аспектах: власне суб'єкт-об'єктні стосунки, що виникають у процесі діяльності, та суб'єкт-суб'єктні стосунки, які виникають між особистостями в процесі діяльності [Бурова, 2021].

Як ми вже з'ясували, порушення зв'язків з навколишнім світом є головна проблема підлітків з ОМЗ. Вони «страждають» від обмеженої мобільності, бідності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з

природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді й елементарної освіти.



Схема 1.1. Модель організованої соціально-реабілітаційної діяльності різної спрямованості.

Негативний вплив на розвиток психіки «особливого» підлітка чинить і надмірна опіка його батьків. Більшість батьків відчують неусвідомлене почуття провини перед дитиною, жаліють її, намагаються все зробити за неї, виконують кожне бажання. У цих випадках діти ростуть пасивними, несамотійними, невпевненими в собі, егоцентричними. Для таких підлітків надалі характерна психічна та соціальна незрілість, яка перешкоджає соціальній адаптації [Засенко, Колупаєва, 2018].

Особам з ОМЗ часто характерна слабкість і нестійкість намірів, які проявляються в тому, що вони не відчують бажання активно діяти, а схильні до короткої та близької мотивації. Ослаблення сили вольових дій, пов'язане з нестачею стійких спонукань, зумовлене зниженням функціональної

активності мозку і ослабленням тону емоційної сфери. Звідси, значне зниження того оптимального рівня імпульсивності, без якого вольовий акт відбутися не може. Особа із порушенням здоров'я часто не доводить до кінця задуману і розпочату справу, іноді забуває про неї [Караман, 2020].

Особливості психіки і слабкість розвитку вищих психічних процесів і властивостей особистості підлітка з ОМЗ звужують коло його суспільних відносин і зв'язків, у зв'язку з цим сфери і масштаб їхніх дій більш обмежені, більш елементарні і прості, менш різноманітні, відрізняються прямим, безпосереднім характером. Колективні відносини і зв'язки, що утворюються всередині, мають індивідуальний, неусвідомлений і малоузагальнений характер, а найчастіше ці зв'язки перебувають на рівні переживань.

Фахівці виявляють, що в дітей з ОМЗ присутнє порушення інтелекту, то це ускладнює розв'язання завдань із забезпечення соціально-нормативної поведінки, підвищує вірогідність соціальних відхилень в індивідуальній поведінці особистості, так само як порушення пізнавального розвитку ускладнюють формування переконань, що регулюють поведінку. розвитку ускладнюють формування переконань, що регулюють поведінку.

Невміння розібратися в ситуації, усвідомити причинно-наслідкові зв'язки між вчинком і його результатом є істинною причиною порушення поведінки підлітків з розумовою відсталістю. Це зумовлює в підлітків наявність незрілості емоцій, особистісної спрямованості на задоволення примітивних потреб, зниження критичності та самокритичності, наявність підвищеної сугестивності, порушення в розвитку волі [Мілейко, 2017].

На підставі вивченого матеріалу ми робимо висновок, що в підлітків з обмеженими можливостями здоров'я в процесі життєдіяльності та становлення особистості виникають такі проблеми, зумовлені психолого-педагогічними характеристиками:

- низька самооцінка;
- відсутність мотивації до пізнавальної діяльності;

- наочно-образне та словесно-логічне мислення розвинене менше, ніж наочно-дієве мислення;
- підвищена тривожність, збудливість, неспокій, схильність до спалахів дратівливості, впертості;
- підвищена стомлюваність, низька працездатність, труднощі формування навчальних умінь і навичок;
- розсіяна увага, уповільнений темп переробки інформації;
- відособленість, критичність, схильність до ригідності, скептицизму та відчуженості;
- низький рівень емоційної стійкості, підвищена чутливість;
- зниження потреби в спілкуванні;
- низька соціальна пристосованість і менш успішне оволодіння вимогами навколишнього життя.

Усі перелічені вище труднощі впливають не тільки на процес розвитку та навчання дітей та молодь з ОМЗ, а й на процес їх загалом. загалом..

Проведені дослідження свідчать також і про великий потенціал сучасних дітей з ОМЗ у плані їхньої життєвої активності, яку необхідно спрямовувати в потрібне русло для благополучного розвитку особистості кожного. Це визначає необхідність вибудовування корекційно-розвиткової роботи для таких підлітків у напрямі оптимізації когнітивного та емоційного розвитку з метою найбільш ефективної їхньої [Остролуцька, 2022].

У процесі взаємодії з дитиною, яка має відхилення в розвитку, виникає чимало проблем, пов'язаних із впливом на особистість, що розвивається, величезної кількості зовнішніх і внутрішніх чинників. Для того, щоб ефективно керувати цим процесом, треба знати їхню специфіку, позитивні й негативні сторони, передбачати результати впливу і своєчасно вносити корективи.

Знання законів психічного розвитку дитини та вміння використовувати їх на практиці необхідні для того, щоб, спираючись на них, грамотно реалізовувати основні цілі та завдання соціально-реабілітаційного процесу:

- цілеспрямовано виховувати дитину-інваліда як повноцінну особистість, громадянина з правами та обов'язками;
- виробляти в дитини систему потреб і спеціальні якості, необхідні для входження в складний світ соціальних і соціально-економічних відносин;
- спираючись на вікові психологічні особливості дитини, що розкривають структуру цілісної особистості дитини в її становленні та розвитку, ставитися до неї як до суб'єкта самопізнання і самовдосконалення;
- розробляти методики і технології соціально-реабілітаційного процесу, спрямовані на формування особистості, стійкої до травмувальних ситуацій;
- удосконалювати систему комплексних впливів на дитину, які, доповнюючи один одного, можуть мати максимальний вплив на розвиток її як особистості [Ревть, 2016].



Схема 1.2. Категорії порушень у дітей з обмеженими можливостями здоров'я на база КУ ЦНСП Ренійської міської ради

Обмеження можливостей не є суто кількісним фактором (тобто людина просто гірше чує або бачить, обмежена в русі тощо). Це інтегральна, системна зміна особистості загалом, це «інша» дитина, «інша» людина, не така, як усі, яка потребує зовсім інших, ніж зазвичай, умов освіти, щоб подолати обмеження і розв'язати ту освітню задачу, яка стоїть перед будь-якою людиною. Для цього їй необхідно не тільки особливим чином освоювати власне освітні (загальноосвітні) програми, а й формувати й розвивати навички власної життєвої компетентності (соціального адаптування): навички орієнтування у просторі й у часі, самообслуговування й соціально-побутову орієнтацію, різні форми комунікації, навички свідомої регуляції власної поведінки в суспільстві, фізичної та соціальної мобільності; поповнювати нестачу знань про навколишній світ, пов'язану з обмеженням можливостей; розвивати потребово-мотиваційну, емоційно-вольову сфери; формувати та розвивати здатність до максимально незалежного життя в суспільстві.

1.3. Умови успішної соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями

Значний феномен гуманізації соціальних зв'язків, що встановився в сучасному суспільстві, визначає нову спрямованість суспільного ставлення до людей з обмеженими можливостями, зокрема до дітей. Створення оптимальних умов для успішного розвитку дитини, її виховання, навчання, соціальної реабілітації, адаптації та інтеграції належить до числа найважливіших соціальних завдань у всіх розвинених країнах. Разом з тим, очевидною залишається проблема соціального виключення осіб з інвалідністю або з ОМЗ, як специфічного елемента соціальної структури суспільства, набуваючи особливого змісту в українському суспільстві в умовах економічної кризи, дезінтеграції соціальних інститутів і соціальних систем. Гострота цієї проблеми зумовлена, з одного боку, збільшенням

кількості дітей-інвалідів, а з іншого – незадовільним функціонуванням системи їхньої соціальної підтримки [Поляк, 2020].

У сучасній Україні, ще й внаслідок воєнно-політичних подій, кількість дітей з інвалідністю стрімко зростає. Тривале погіршення екологічної обстановки, зменшення медико-соціальних можливостей суспільства дає змогу припустити, що тенденція до зростання дитячої інвалідності збережеться і в найближчі роки.

Критична ситуація, що склалася, висуває серед найважливіших напрямів державної політики як в Україні, так і в інших країнах світу проблему запобігання дитячій інвалідності, створення системи ефективною соціальною реабілітації дітей-інвалідів [Мішенкова, 2023].

Комплекс своєчасних послідовних дій дає змогу не тільки відновити низку порушених фізіологічних або психічних функцій організму, а й посилити, відтворити, а в низці випадків створити наново здатність індивідів до повноцінного життя в суспільстві, сформуванню стійке ставлення до праці, навчання, сім'ї, суспільства. Соціальна практика показує, що без розвитку системи медичної, психологічної, економічної, педагогічної, спортивної, соціально-середовищної реабілітації неможливе здійснення рівних прав інвалідів з іншими громадянами. Тобто реабілітація представляє собою активну функцію суспільства стосовно особистості.

Зазначимо, що соціальна реабілітація – комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини у втрачених правах, соціальному статусі, здоров'ї, дієздатності.

Виділяють такі основні види соціальної реабілітації: соціально-медична, соціально-педагогічна, соціально-психологічна, професійна, трудова та соціально-середовищна реабілітація [Мартинюк, 2018].

Інститут соціальної реабілітації інвалідів реалізується в комплексній діяльності, що включає в себе організаційні, економічні, містобудівні, власне реабілітаційні дії. Діяльність як державних, так і недержавних структур, реалізація різних моделей допомоги інвалідам у соціальній політиці щодо осіб

з обмеженими можливостями у своїй основі має програму реабілітаційних заходів, які дають змогу індивідові не тільки адаптуватися до свого стану, а й у найоптимальнішій ситуації виробити навички самопомоги та створення мережі соціальних зв'язків [Полякова, 2019].

Сучасна система допомоги дітям та молоді з обмеженими можливостями та їх сім'ям поступово переорієнтується на врахування індивідуальних потреб дитини та сім'ї. Водночас підхід до реабілітації зазначеної категорії населення часто залишається в основі своїй суто медичним, що посилює соціальну депривацію дитини. Очевидно, що необхідний перегляд підходів до організації системи соціальної допомоги дітям з урахуванням усього різноманіття аспектів проблеми обмежених можливостей, її соціокультурного змісту. При цьому перехід від корекції дефектів до комплексної реабілітації та соціальної інтеграції дітей-інвалідів зачіпає всі рівні життєдіяльності людини – від індивідуального до загальнодержавного, зокрема такий аспект, як міжвідомча взаємодія з метою оптимізації процесу надання послуг.

Однак досі державна система допомоги молодому поколінню з ОМЗ не справляється з величезною кількістю організаційних, матеріальних і методологічних проблем. Зусилля державних, громадських організацій, інших соціальних інститутів, батьків і фахівців розрізнені, наявна система реабілітації в нашій країні недостатньо ефективна, сама ідея соціальної інтеграції осіб з інвалідністю не дістала належного правового підкріплення. Така ситуація багато в чому пояснюється тим, що формування нової соціальної політики щодо людей, які мають інвалідність, здійснюється з випередженням у ставленні до соціальних упереджень стосовно інвалідів, які виступають у цьому разі консервативним чинником. Розроблення реабілітаційних моделей інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство має здійснюватися з урахуванням особливостей взаємовідносин із соціальним оточенням [Татьянчикова, 2020].

Молода людина з обмеженими можливостями здоров'я потребує особливого підходу. Щоб ефективно управляти формуванням її особистості, потрібні глибокі знання психологічних закономірностей, що пояснюють

специфіку її розвитку. Соціальна реабілітація має бути спрямована не тільки на осіб з ОМЗ, а й на їхнє оточення, тому що часто такі діти зазнають труднощів, тому що люди, які перебувають поруч із ними, не знають, як поводитися, як чинити в різних складних ситуаціях, які нерідко виникають.

Одним із показників успішної реабілітації та інтеграції в суспільство осіб з ОМЗ є наявність так званої «соціалізованої дії» або комплексу основних навичок – трудових і соціальних, включно з навичками самообслуговування, а також особистісних якостей, які потрібні дітям для нормального функціонування в суспільстві, а надалі й для участі в трудовій та професійній діяльності [Дегтяренко, 2019].

Розв'язання проблеми дитячої інвалідності в сучасному суспільстві має відбуватися одночасно нібито у двох площинах. По-перше, це профілактика дитячої інвалідності, тобто комплекс заходів, спрямованих на її зниження завдяки підвищенню якості надання медичної допомоги вагітним жінкам, породіллям і новонародженим, розширенню мережі медико-генетичних закладів, до завдання яких би входили як консультації, так і діагностика, особливо допологова.

По-друге, це соціальна реабілітація дітей-інвалідів, а саме розбудова мережі центрів реабілітації дітей та молоді, а також корекційних закладів, приведення наявної системи навчальних і виховних закладів для дітей з порушеннями в розвитку у відповідність до об'єктивної необхідності та міжнародних нормативів з урахуванням накопиченого досвіду. Якщо суспільство не змогло попередити народження дитини з важкою недугою, воно зобов'язане забезпечити їй гідне життя.

Виходячи з цієї парадигми, мета реабілітації дітей інвалідів – сприяння в поліпшенні якості життя дитини, яка має інвалідність, захист і представлення її інтересів у різних колах, створення умов для вирівнювання можливостей дітей і підлітків, що відрізняє їхню інтеграцію в суспільство і створює передумови для незалежного життя.

Висновки до розділу I

Обмежені можливості здоров'я не визначають людину як дефективну. Натомість, це взаємозв'язок між певними характеристиками людини (наприклад, тим, що людина має порушення зору) і тим, як суспільство реагує на ці характеристики (наприклад, що робить держава для того, щоб люди з порушеннями зору мали доступ до всіх послуг нарівні з іншими).

Забезпечення соціальної та економічної інтеграції людей з ОМЗ залишається основним правом, яке досі перебуває у стані стагнації. Діти та молодь з ОМЗ мають труднощі із соціалізацією, інтеграцією у суспільство, реабілітацією фізичною і соціальною, виключені з процесу працевлаштування, матеріального добробуту, системи охорони здоров'я та життя з іншими членами громади.

Вивчивши та проаналізувавши наукову літературу щодо категорії осіб з ОМЗ, виділяємо, що цей стан (обмеження людських можливостей) і наслідки цього обмеження, є дисбалансом у житті людини в її спробі сприймати себе повноправним членом суспільства і мати можливість виконувати свою соціальну роль на тому ж рівні, що й інші члени суспільства.

Працюючи з цією категорією осіб, соціальному працівнику необхідно володіти низкою етичних і моральних навичок, набором цінностей, знань і вмінь, щоб мати можливість працювати з ними, соціальний працівник також повинен враховувати право клієнта на прийняття усвідомленого рішення і необхідність виконання вимог інших ціннісних імперативів. Особа з ОМЗ повинна розглядатися як специфічна індивідуальність, відмінна від інших людей тієї ж категорії.

**РОЗДІЛ II ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ
В УМОВАХ КУ ЦНСП**

2.1. Загальна характеристика понять «інновації», «інноваційні підходи», «інноваційні технології»

Розв'язання завдань нового рівня і нового змісту потребує колосальних інтелектуальних витрат людей, здатних генерувати інновації. У зв'язку з цим проблема вивчення природи інновацій та управління інноваціями в освіті стає дедалі актуальнішою і значущою.

Термін «інновація» походить від латинського *novatio* і означає «оновлення», а префікс *in* – «у напрямку». «у напрямку», тобто оновлення в якомусь напрямку або в якійсь сфері. Термін «інновація» вперше почали вживати в культурній антропології для позначення перенесення досягнень однієї культури в іншу внаслідок соціальних взаємовідносин – у торгівлі, освіті та інших сферах. Найбільшої популярності термін набув і згодом був запозичений в інші науки завдяки праці австрійсько-американського економіста Й. Шумпетера на початку ХХ ст. У своїх працях він досліджував інноваційний процес, нерівномірну інноваційну активність і дійшов висновку, що підприємець є сполучною ланкою між винаходом і нововведенням. Самі ж нововведення він розглядав як зміни в технології та управлінні [Горемікіна, 2019].

Сьогодні термін «інновація» має міждисциплінарний характер і використовується в термінологічному апараті різних галузей наук, зокрема й педагогіки. Однак формування термінологічного апарату ще не завершене для кожної з галузей наук і досі уточнюється дослідниками. Особливо гостро ця проблема стоїть для гуманітарних наук (наприклад, педагогіки), де «інновація», «нововведення», «нововведення» часто вживаються дослідниками як синоніми.

Сьогодні найбільш визнаним є тлумачення терміна, запропоноване в «Посібнику Осло», що є методологічною базою для вимірювання інновацій у країнах ЄС та в Україні – «впровадження у вжиток будь-якого нового або значно поліпшеного продукту (товару чи послуги) або процесу, нового методу маркетингу чи нового організаційного методу в діловій практиці, організації робочих місць або зовнішніх зв'язках» [Коломієць, Деміденко, 2023]. Тут виокремлюють чотири типи інновацій – продуктові (нові товари та послуги щодо властивостей, способів використання, способів надання), маркетингові (новий метод маркетингу, дизайну, просування на ринок продукту), процесні (новий спосіб виробництва й доставки продукту, створення й надання послуг, устаткування, програмне забезпечення) та організаційні (нові організаційні методи в практиці підприємства, організації робочих місць, вибудовування зовнішніх комунікацій); дають визначення інноваційній діяльності й інноваційній діяльності та інноваційній діяльності, а також інноваційній діяльності. Якщо застосувати цей контекст до педагогічних інновацій, то можна підкреслити, що вони означатимуть зміну освітньої практики в конкретному закладі (загальноосвітньому чи додаткової освіти), зокрема й зміни у сфері управління освітнім закладом.

У соціології інновації розглядають як «процес зміни, пов'язаний зі створенням, визнанням або впровадженням нових елементів (або моделей) матеріальної та нематеріальної культур у певній соціальній системі» [Набатова, 2021].

У цьому контексті для нас значуще, що інновації – це зміни діяльності, у педагогіці - це системні зміни освітньої діяльності, тобто її змісту, способів організації та результатів.

У педагогіці інновації вивчаються з погляду змін в освітній практиці та освітній діяльності: системі навчання та виховання, управління освітнім закладом та освітніми системами, методиці викладання.

Нововведення в педагогіці – це цілеспрямована зміна, що вносить у середовище впровадження нові стабільні елементи (нововведення), які спричиняють перехід системи з одного стану в інший [Султанова, 2020].

У сучасній інноваційній соціальній роботі поєднуються традиції та інноваціями, нові технології з класичними прийомами педагогічної науки, реалізація яких доступна тільки фахівцю та дослідникові нового покоління.

У цьому сенсі соціальна робота виступає як універсальний соціокультурний інститут соціальної підтримки та безоплатної соціальної допомоги, послуг соціального патронажу над групами населення, які опинилися в складних життєвих умовах. Гармонізація особистісних і суспільних відносин засобами соціальної роботи передбачає зміну або реформування окремих елементів соціальної системи. Узятий курс на модернізацію соціальної сфери передбачає широке впровадження різних соціальних інновацій. У цьому ракурсі соціальна робота виступає як креативна інноваційна діяльність, спрямована на зміну наявних суспільних відносин задля зниження ризику виникнення соціальних конфліктів і суперечностей.

Відповідно до практичної реалізації нововведень, то обов'язковою складовою є своєрідність, унікальність впровадження нового у соціальну практику, що називається інноваційним підходом. А для практики соціальної роботи інноваційний процес представляє собою цілеспрямоване (на основі використання наукових знань і практичного досвіду) упровадження в практику, що склалася, того чи іншого нововведення, завдяки якому відбуваються позитивні зміни і досягається необхідний ефект [Таран, 2021].

Соціальні інноваційні підходи, таким чином, виступають як свідомо організовані прогресивні нововведення в практиці соціальної роботи, що формуються на певному етапі розвитку суспільства відповідно до соціальних умов, що змінюються, та мають на меті ефективні позитивні перетворення в соціальній сфері. Маючи значний потенціал суспільного розвитку, інновації, на відміну від старих соціальних форм, активно впливають на навколишнє середовище, створюючи навколо себе своєрідне поле соціальних змін.

Інноваційні підходи до соціального обслуговування мають орієнтувати не тільки на кризові категорії населення, а й на більшість населення. Самодостатні громадяни прагнуть отримати більш якісні та кваліфікаційні послуги, такі як індивідуальне та сімейне консультування, подружня терапія, виховання дітей, патронаж, навчання здорового способу життя, консультування з багатьох сфер життєдіяльності людини на різних етапах життєвого шляху.

Хоча система соціального обслуговування розвивається в нашій країні досить інтенсивно, соціальна допомога різним категоріям населення більшою мірою має уніфікований, стандартний характер, не відбиваючи швидко мінливого населення з урахуванням специфіки конкретної території. Необхідні нові підходи до оцінки потреб у нових формах соціальних послуг з погляду їхнього обсягу, номенклатури та наявних соціальних ресурсів організації та установ різних форм власності.

Метою соціальної роботи на територіальному рівні стає досягнення максимально сприятливих умов для життєдіяльності більшості громадян, гуманізація суспільних і міжособистісних стосунків, профілактика виникнення гострих соціальних проблем.

Нині найбільш затребуваними стає підхід «відкритих інновацій», що характеризується такими особливостями, як:

- широке партнерство різних типів організацій і структур;
- домінування структур із низьким рівнем бюрократизації, орієнтованих на нововведення;
- наявність структур, що відображають інноваційні ресурси всередині регіону.

Інноваційні функції соціальних працівників мають виявлятися в пошуку нових, якісніших технологій соціального обслуговування, узагальненні та впровадженні передового досвіду, в умінні використовувати слабкі та сильні сторони діяльності соціальної організації.

Ідентифікація потреби в інновації в соціальній роботі має передбачати собою її визначення та адекватне формулювання, що дає змогу розробляти комплекс заходів, які підвищують ефективність діяльності соціальної організації під час задоволення потреби в підвищенні конкурентоспроможності [Харченко, Краснова, Харченко, 2018].

Вплив інноваційної соціальної діяльності зумовлює й адекватні принципи соціальної політики, що має будуватися на:

- взаємній солідарній відповідальності всіх суб'єктів соціальної політики (держави, неурядових організацій, бізнес-структур, соціальних працівників, безпосередньо громадян);
- відкритості соціальної політики суспільству;
- розвитку традиційних та альтернативних форм соціального захисту населення як умови реалізації ідеології соціальної справедливості;
- опертя на громадянські ініціативи як принцип соціальної солідарності у вирішенні значущих суспільних проблем;
- створенні та розвитку різних форм державно-приватного партнерства, здатного забезпечити ефективне впровадження інновацій у соціальній сфері.

Сьогодні головними інноваторами мають виступати фахівці нової формації, підготовлені у провідних вишах країни, які мають сучасні фахові знання та сформовану готовність до соціально-відповідальної діяльності, поділяють етичні стандарти професії та готові до соціальних перетворень у власній країні [Шевцов, 2016]. Нині можна говорити про кластер соціальної освіти, який вийшов із внутрішньовідомчих рамок і справляє мультиплікативний ефект у різних сферах життєдіяльності завдяки поліпшенню соціального самопочуття населення, підвищенню соціальної компетентності різних груп, які опинилися у скрутній життєвій ситуації. Соціальна освіта сьогодні це не тільки підготовка соціальних менеджерів і управлінців, а й відтворення певного менталітету, систем соціокультурних принципів, соціальних ідеалів.

Говорячи про інновації, що безпосередньо впливають на розвиток соціальної сфери, дослідники виокремлюють дві великі групи інновацій:

- 1) інновації в соціальній сфері;
- 2) соціальні інновації.

Інновації в соціальній сфері включають у себе, переважно, технологічні новації, тобто, унікальні винаходи, пристосування матеріального характеру, вплив яких спрямований на поліпшення певних умов життєдіяльності населення. Прикладом такої інновації є винайдений і сконструйований апарат діагностики, лікування. Найчастіше інновації в соціальній сфері є великими адміністративно-технологічними рішеннями в різних професійних сферах, що підвищують ефективність організаційних та управлінських процесів. Прикладом такого нововведення є розширення наданого спектра консультативних послуг для сімей, які виховують дітей з інвалідністю.

Соціальна інновація представляє собою результат створення і впровадження за допомогою інноваційних технологій принципово нового, оригінального інтелектуального продукту, що дає змогу якісно поліпшити не тільки сам процес, а й становище певної групи населення загалом, або конкретних одержувачів соціальних послуг. Прикладом соціальної інновації є інноваційна технологія лікувальної фізкультури для дітей з обмеженими можливостями, розроблена й упроваджена з ініціативи працівників соціального закладу [Ясточкіна, 2021].

Так, Комунальний заклад «Центр надання соціальних послуг» (далі – Установа) Ренійської міської ради (Одеська область) діє на інноваційних підходах щодо організації соціально-реабілітаційної діяльності з клієнтами закладу.

Зокрема, корекційно-реабілітаційний процес в Установі реабілітації проходить відповідно до річного плану. У Центрі накопичено певний досвід роботи, систематизовано дидактичний матеріал, розроблено перспективні тематичні плани роботи. Корекційно-виховний процес реалізується з

урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей, з урахуванням ступеня тяжкості дефекту.

Корекційно-виховний процес здійснюється в ході:

- спільної діяльності дорослого та дітей з обмеженими фізичними можливостями;
- самостійної діяльності дітей.

Центр для розширення спектра послуг, що надаються населенню міста та громади, бере активну участь у конкурсах грантових проєктів:

- реалізовано проєкт «Створення Служби творчої реабілітації “Домашнє вогнище”» для молодих інвалідів дитинства з метою профілактики соціального сирітства;
- розвиток медико-психологічних послуг, спрямованих на корекцію обмеження життєдіяльності дітей, які мають інвалідність, мають ризик соціального сирітства та членів їх сімей;
- реалізовано грантові проєкти, спрямовані на надання послуги «Домашнє візитування»;
- реалізується проєкт «Реабілітація дітей, які постраждали від насильства».

Центр постійно впроваджує у свою роботу нові методи допомоги за всіма напрямками діяльності:

- впроваджено технологію «Раннього виявлення сімейного неблагополуччя», надавали допомогу сім'ям, які потрапили у скрутну життєву ситуацію і проживають у м.Рені та Ренійському районі за 2023 рік допомогу отримали 187 дітей зі 124 сімей;
- запроваджено послугу з психолого-педагогічного супроводу опікунських і замісних сімей, за перше півріччя послугою скористалося 69 сімей.

Упродовж 2023 року проведено чотири навчальні семінари для вчителів шкіл міста за темою: «Діти з обмеженими можливостями». Усього семінари відвідало – 76 педагогів. Метою семінарів була підготовка педагогів шкіл і дитячих садків до інклюзивної освіти дітей з ОМЗ.

Центр є партнером соціальних проєктів, що реалізуються на території Одеської області і є партнером проєкту, виконуючи реабілітацію дітей, які мають інвалідність до інклюзивної освіти.

У Центрі є медичний блок, що складається із залу з лікувальної фізкультури, масажного, фізіотерапевтичного та процедурного кабінетів, оснащених сучасним обладнанням.

У 2022 році було поповнено обладнання для залу ЛФК, фізіокабінету. Батьки з дітьми щотижня відвідують басейн.

У літні періоди щороку проводяться такі оздоровчі заходи: повітряні, водні процедури, оксигенотерапія, прийом мінеральних вод.

Таблиця 2.1

Показники здоров'я дітей

Розподіл за групами здоров'я:	2018	2019	2020	2021	2022	2023
4 група	-	-	-	331/39,6%	533/51,5%	522/63,2%
5 група	298/100%	322/100%	336/100%	506/60,4%	447/48,5%	460/46,8%
Фізичний розвиток дітей:						
група ризику	-	-	-	331/39,6%	533/51,5%	522/63,2%
відхилення	298/100%	322/100%	336/100%	506/60,4%	447/48,5%	460/46,8%
Показники диспансерного обліку:						
відставання у фізичному розвитку	298/100%	322/100%	336/100%	783/93,5%	906/92,4%	908/92,4%
відставання в психічному розвитку	298/100%	322/100%	336/100%	703/83,9%	934/95,3%	890/90,6%

У Центрі організовуються сімейні свята, де відбувається процес єднання сімейних інтересів, зміцнюється батьківський авторитет, підвищується самооцінка. Батьки беруть активну участь у розробці свят, запрошують родичів і знайомих, пропонують тематику зустрічей. Так само допомагають дітям у підготовці до конкурсів і фестивалів.

З метою подальшої інтеграції дітей, які мають інвалідність, у суспільство проводиться спільна з батьками профорієнтаційна робота.

На підставі вищесказаного видається можливим конкретизація ролі інновацій у соціальній сфері та ролі соціальних інновацій у підвищенні ефективності соціальної роботи з дітьми з ОМЗ на базі Центру. Так, особлива роль інновацій полягає в тому, що вони мають масштабний характер упровадження і впливають на широке коло представників цієї категорії населення. Своєю чергою, соціальні інновації впливають на значно менше охоплення споживачів. При цьому їх впровадження інноваційних технологій дає змогу по-новому впливати на особистісні, індивідуальні риси їхнього кінцевого користувача – дитини з ОМЗ.

У найзагальнішому розумінні під соціальними технологіями Центру мається на увазі сукупність методів, прийомів, засобів впливу, які застосовують фахівці соціальної сфери для досягнення поставлених цілей під час роботи з різними категоріями населення.

Так, під інноваційними соціальними технологіями можна розуміти впроваджені в професійну діяльність нові методи, інструменти та прийоми, спрямовані на підвищення показників ефективності цієї діяльності.

Професійна залученість фахівця із соціальної роботи в соціальну сферу є безпосередньою причиною його участі в інноваційній діяльності, передумовами якої є:

1) вплив на соціальну роботу передових досягнень наукової думки/людської діяльності;

2) потреба участі держави в підвищенні якості життя населення шляхом збільшення різноманіття форм і методів роботи з отримувачами соціальних послуг;

3) загострення певних соціальних проблем (у тому числі відсутність необхідної кількості ресурсів для розвитку соціальної сфери) та необхідності пошуку нових, неординарних способів їх розв'язання даних проблем;

4) посилення на всіх рівнях організації соціальної роботи стандартів, що висуваються до якості послуг і діяльності закладів соціальної сфери та потреба приведення їх до нових стандартів.

Інноваційна діяльність Установи передбачає його безпосередню участь у розробленні особливого проекту. Під інноваційним проектом мається на увазі документ або комплекс документів, що містить інформацію про характер, строки та виконавців робіт, які забезпечують отримання прибутку або іншого корисного ефекту від його введення в обіг і зміст можливих ризиків, здатних перешкоджати його введенню. При цьому на кожному з етапів інноваційної діяльності до роботи над інноваційним проектом можуть залучатися й інші працівники соціальної сфери.

Фахівці Установи із соціальної роботи віддають професійну перевагу як на користь однієї, так і кількох інноваційних технологій, що входять до складу цієї системи.

Так, професійний вибір на користь технології «Нейроінтерфейс», що ґрунтується на використанні дітьми-інвалідами іграшкового гелікоптера, керованого силою думки, зумовлений тим, що практичне застосування цієї технології підвищує ефективність соціальної роботи з дітьми та молоддю з ОМЗ.

Професійна перевага технології, що ґрунтується на застосуванні в роботі з дітьми з ОМЗ водно-бульбашкової колони, яка змінює колір за вибором дитини, обґрунтована тим, що дана технологія відповідає сучасним потребам дітей-інвалідів і має потенціал для її подальшого вдосконалення.

Впровадження інтерактивних пристроїв (таких, як інтерактивна підлога, інтерактивний стіл, інтерактивна стіна) фахівці вважають актуальним унаслідок можливості подальшого технологічного вдосконалення таких пристроїв та їхньої відповідності потребам осіб з ОМЗ.

Застосування в сучасній практиці роботи з дітьми-інвалідами спеціальних робіт сприяє знайомству з передовими технологічними розробками.

Актуальність використання технологій 3D-друку для організації навчальних занять із дітьми-інвалідами забезпечує соціальну установу різними дидактичними матеріалами для проведення занять із дітьми-інвалідами.

Розвиток комунікативних навичок дитини-інваліда за допомогою навчання основ цифрової розповіді (Digital storytelling) практично застосовний, але він не повинен негативно позначатися на якості та кількості повсякденного спілкування дитини-інваліда з її соціальним оточенням. Причина вибору цієї технології – це її сучасний характер і потенціал для розширення форм, у яких може проводитися цифрова розповідь. Технологія «Соціальна візуалізація», що допомагає дітям з аутичними розладами розпізнавати емоції оточуючих людей.

Таким чином, найактуальнішими інноваційними технологіями в соціальній роботі з дітьми-інвалідами є технологія «Соціальна візуалізація», технологія «Нейроінтерфейс», а також технології, що ґрунтуються на використанні інтерактивної підлоги, інтерактивного столу та інтерактивної стіни. Як найперспективніший напрямок для впровадження інноваційних технологій у соціальну роботу з дітьми-інвалідами можна відзначити проведення навчальних та арт-терапевтичних заходів (з використанням інтерактивних та інших спеціальних пристроїв).

Отже, доцільним є впровадження інноваційних технологій у заходи з підтримки та зміцнення фізичного здоров'я дітей та молоді з ОМЗ; розширення практики застосування інноваційних технологій під час проведення соціально-значущих заходів для дітей-інвалідів; організація заходів, спрямованих на психологічну підтримку родин із дітьми-інвалідами; заходи, спрямовані на вдосконалення дітьми-інвалідами навичок побутового самообслуговування.

2.2. Напрями роботи фахівців з соціальної реабілітації дітей з особливими потребами

У сучасних умовах розвитку суспільства триває інтенсивний процес пошуку нових шляхів адаптації, та реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Аналіз нормативної бази, знайомство з досвідом, вивчення літератури дають змогу констатувати позитивні зміни, що відбуваються в процесі реабілітації дітей-інвалідів та дітей та молоді з ОМЗ. Але за всього різноманіття форм підтримки таких дітей існують і вразливі напрямки. Один із таких напрямів – реабілітація [Царенко, 2018]. Дуже часто під час роботи з дітьми та молоддю з ОМЗ працюють медичні працівники, спеціальні психологи, педагоги та інші фахівці, проте процес реабілітації не проводиться одночасно з процесом лікування, адаптації, тощо. Попри всі старання держави, ресурсів для забезпечення допомогою кожного, хто цього потребує, не вистачає.

Для вирішення цього завдання в КУ ЦНСП Ренійської міської ради активно розвивається практика впровадження соціально-педагогічних технологій у реабілітаційний процес установ соціального обслуговування за різними напрямками: технології роботи з дітьми та молоддю ОМЗ; технології, спрямовані на розвиток навичок самообслуговування, розвиток загальних здібностей та здорового способу життя.

Узагальнивши наявний досвід у КУ ЦНСП і спираючись на розробки вчених, ми виділили принципи комплексності, своєчасності, варіативності, комплементарності.

Принцип комплексності необхідний для проєктування моделей взаємодії між усіма учасниками реабілітаційного процесу: батьками, фахівцями різного профілю, державними і недержавними постачальниками реабілітаційних послуг і громадськими організаціями на основі поєднання як централізованого управління, так і творчої ініціативи на місцях.

Принцип своєчасності передбачає включення реабілітаційних заходів для дітей-інвалідів та дітей з ОМЗ із початком лікування відхилення, патології, дисфункції тощо, інакше будь-яке відхилення може набути незворотного характеру і стати хронічним. Реабілітація на ранніх термінах дає змогу зменшити появу незворотних змін, виникнення ускладнень, запобігти проявам утриманських пасивних установок, зменшити вплив патогенних механізмів і тим самим забезпечити дитині оптимальний характер соціальної реабілітації [Хміляр, 2022].

Принцип варіативності передбачає варіабельність застосовуваних технологій, методик і методів реабілітації залежно від контингенту учасників процесу, складності проблем, що виникають, глибини дисфункціональних відхилень тощо. Варіативність технологій у реабілітації дітей-інвалідів та дітей з ОМЗ характеризується в процесі реабілітації використанням не однотипних, рівних для всіх, а різноманітних, залежних від індивідуальних особливостей дітей і підлітків, участі батьків та їхніх можливостей, соціально-педагогічних технологій [Русначенко, 2019].

За період 2018-2023 р. на базі КУ ЦНСП реабілітацію пройшли 7 тис. осіб з ОМЗ (4,8 тис. осіб – на базі державних надавачів послуг; 2,2 тис. осіб – на базі недержавних). 718 сімей (45% від загальної кількості сімей цієї категорії), які виховують 722 дитини з ОМЗ, оформили послуги соціального обслуговування вдома.

Основною метою діяльності Центру є усунення або компенсація функціональної недостатності у осіб з обмеженими можливостями, забезпечення максимальної соціальної адаптації та інтеграції їх у суспільство, надання профорієнтаційних послуг з метою подальшого їх працевлаштування [Татарінова, 2017].

Соціальні послуги, які отримують клієнти в КУ ЦНСП – соціально-побутові послуги, соціально-медичні послуги, соціально-психологічні послуги, соціально-педагогічні послуги, соціально-трудова послуги,

соціально-правові, послуги з метою підвищення комунікативного потенціалу одержувачів соціальних послуг.

З метою розв'язання проблеми реабілітації осіб з обмеженими можливостями використовуються соціально-педагогічні технології, методики та методи роботи, мета яких – максимальною мірою розвивати, підтримувати та відновлювати рухові та функціональні можливості людини, забезпечити її соціально-побутову адаптацію, зорієнтувати у виборі професії.

Фахівці Центру тісно працюють з організаціями сфери охорони здоров'я. У рамках взаємодії з лікувальними організаціями центри реабілітації отримують інформацію про сім'ї з дітьми з ОМЗ, яким необхідна своєчасна реабілітаційна допомога.

Реабілітаційним центром для дітей з ОМЗ при Благодійному фонді допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я «Сила в дітях» у соціальній мережі «Фейсбук» створено співтовариство для спілкування батьків та спеціалістів із питань надання послуг та якості їхнього надання, розкладу відвідувань тощо.

Однією із технологій Центру є спрямовання на соціально-побутову адаптацію, соціалізацію осіб з інвалідністю і розвиток мотивації до професійної орієнтації та до трудової зайнятості в молодого покоління з ОМЗ, посилення роботи Центру із розвитку трудових навичок, із проведення знайомства з роботою підприємств, розташованих на території району, екскурсій у професійні освітні організації тощо.

Наступні технологія, що безпосередньо реалізується на базі Центру є: розвиток навичок самообслуговування, наприклад, «Я вмю робити сам», соціально-побутове орієнтування, «Маленькі кроки до моєї незалежності» тощо; розвиток загальних здібностей, наприклад, Монтессорі педагогіка, тілесно-орієнтована технологія, танцювально-рухова терапія, «Вікно у світ пізнань», арт-терапія, лялькотерапія, ізостудія, соціокультурна реабілітація, читальний зал у сенсорній кімнаті тощо; розвиток здорового способу життя, екологічного мислення, наприклад, «Школа безпеки», «Квітучий сад», «Я

пізнаю світ», «Облаштування зимового саду», «Доторкнись до природи серцем» тощо; реабілітаційні заходи, наприклад, рання допомога, сенсорна інтеграція, кондуктивна терапія, АВА-терапія, кінезіотейпування тощо; профорієнтація, за допомогою настільної гри «Проф Х», «Мій орієнтир», on-line тестування тощо; розвиток початкових професійних навичок, наприклад, проєкт «Гудзик», «Гончарних справ майстер», фотостудія «Посмішка» тощо; спортивні ігри.

Нижче в таблиці 2.2. наведено фрагмент впровадження технологій, охоплення кола учасників та основні результати, отримані в процесі впровадження технологій у реабілітаційний процес.

Таким чином, можна констатувати, що для ефективної соціальної реабілітаційної діяльності необхідна інтеграція всіх зацікавлених інститутів суспільства, що забезпечує диверсифікацію змісту соціальних технологій з опорою на принципи комплексності, своєчасності, комплементарності, варіативності, а також з урахуванням необхідності ранньої реабілітації та її безперервності протягом усього життя.

Рання реалізація соціально-педагогічних інноваційних технологій дає змогу отримати соціально значущий ефект у реабілітаційних організаціях соціального обслуговування для дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я з реабілітації, який полягає в досягненні максимально можливої самостійності дитини в її діях, розвитку навичок, що сприяють підвищенню якості життя дитини та її сім'ї, підборі індивідуально кожній дитині способу комунікації, який підходить саме їй, розвитку навичок комунікації в умовах групи та на індивідуальних заняттях, у консультуванні батьків із питань підтримання обраної системи в умовах поза центром.

Таблиця 2.2.

Фрагмент впровадження соціально-педагогічних технологій

Назва технології	Мета, короткий опис	Охоплення	Охоплення			Результати
			2021	2022	2023	
Технологія «Рання допомога»	Технологія роботи з сім'ями, які виховують дитину раннього віку (до 3х років) з інвалідністю, з обмеженими можливостями здоров'я або перебувають у групі ризику. Цілі роботи: поліпшення функціонування дитини в природних життєвих ситуаціях; підвищення якості взаємодії та стосунків дитини з батьками, іншими особами, які безпосередньо доглядають за дитиною, у сім'ї; підвищення компетентності батьків та інших осіб, які безпосередньо доглядають за дитиною, в питаннях розвитку та виховання дитини. виховання дитини	Соціальне обслуговування населення Ренійській громаді, 1 територіальний центр соціальної допомоги сім'ї та дітям	55	641	609	Отримано такі результати: - створено систему спільного підходу до розв'язання проблем у розвитку та вихованні дітей раннього віку, зміцнення їхнього здоров'я (фізичного та психічного), профілактики інвалідизації; - створено умови для підвищення компетентності батьків, оволодіння ними навичками конструктивного спілкування з дитиною для подальшої її успішної , адаптації та реабілітації, входження в середовище однолітків

Продовження таблиці 2.2.

Назва технології	Мета, короткий опис	Охоплення	Охоплення			Результати
			2021	2022	2023	
Сенсорна інтеграція	Корекційні заняття з дітьми, спрямовані на забезпечення виникнення сенсорних імпульсів та їхнього контролю, щоб дитина самостійно та невимушено формувала необхідні реакції у відповідь на сенсорні подразники. Мета: налагодити процес злагодженої спільної роботи різних відділів нервової системи, тим самим		176	149	178	Зниження психоемоційного напруження, релаксація, корекція порушень сенсорної сфери дітей. Поліпшення і розвиток дрібної моторики у дітей, динаміка у формуванні понять про колір і форму. Розвиток емоційної сфери, формування позитивної самооцінки, позитивного ставлення до себе та оточуючих. Позитивні відгуки батьків і дітей про заняття

2.3. Роль сучасних форм роботи у ефективній соціальній реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями

Особи з ОМЗ як соціальна категорія людей перебувають в оточенні здорових порівняно з ними та потребують більшою мірою соціального захисту, допомоги та підтримки. Різні види допомоги визначені законодавством, відповідними нормативними актами, інструкціями та рекомендаціями.

Водночас інвалідам необхідна така допомога, яка могла б стимулювати й активізувати їхні збережені здібності та пригнічувала б розвиток утриманських тенденцій [Слозанська, 2019].

Отже, для повноцінного й активного життя інвалідів необхідною умовою стане їх залучення до суспільно-корисної діяльності, а також розвиток і підтримання зв'язків інвалідів зі здоровим оточенням, державними установами різного профілю, громадськими організаціями та управлінськими структурами. Кінцевою метою реабілітації має стати соціальна інтеграція осіб з обмеженими можливостями в суспільство, а також самовизначення і самореалізація їхньої особистості.

Сьогодні стало можливим формування комплексної системи реабілітації осіб з ОМЗ. Це, своєю чергою, дало змогу в кожному регіоні створити Державну службу медико-соціальної експертизи. У регіональних цільових програмах розвитку соціальної сфери передбачаються конкретні реабілітаційні заходи. Поряд із цим ухвалюються регіональні закони про соціальний захист інвалідів і забезпечення безперешкодного доступу їх до об'єктів соціальної інфраструктури [Охонько, 2017].

Таким чином, накопичується досвід взаємодії різних відомств, установ і громадських об'єднань людей з інвалідністю та ОМЗ за координуючої ролі органів соціального захисту населення.

Особлива роль при наданні допомоги особам з обмеженими можливостями відводиться соціальному працівникові в установах різного типу:

- спеціалізованих будинках дитини для дітей віком до трьох років, які страждають на тяжкі ураження опорно-рухового апарату та із затримкою розумового розвитку;
- спеціалізованих школах (інтернатах) для дітей з несильно вираженими аномаліями у фізичному та розумовому розвитку;
- будинках-інтернатах для дітей від трьох до 18 років із глибшими психосоматичними порушеннями;
- територіальних реабілітаційних центрах для дітей і підлітків з обмеженими можливостями;
- територіальних центрах допомоги сім'ї та дітям;

– будинках-інтернатах загального типу, в які приймаються громадяни (жінки старше 55 років, чоловіки після 60 років) та особи з інвалідністю 1 і 2 груп старше 18 років, які не мають працездатних дітей або батьків.

Відповідно до концепції багатoproфільної реабілітації осіб з ОМЗ, спрямованої на інтеграцію у суспільство, основними напрямками реабілітаційних заходів є [Мішкулинець, 2019]:

- попередження прогресування патологічного процесу та відновлення здоров'я інвалідів;
- відновлення особистості;
- раннє повернення інвалідів до трудової діяльності;
- забезпечення можливостей для постійної інтеграції осіб з ОМЗ у суспільство.

При цьому метою процесу реабілітації є надання особам з ОМЗ можливості досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/або соціального рівня діяльності та підтримання його завдяки надаваній для них всебічній допомозі відповідно до основної патології.

Працівники соціальної сфери відіграють своєрідну роль консультантів як для самих осіб з інвалідністю та ОМЗ, так і для організацій, що визначають їхнє житлове середовище та життєві умови. Своєю чергою, діяльність соціального працівника зумовлена характером патології в інваліда і завжди співвідноситься з його реабілітаційним потенціалом.

Визначення реабілітаційного потенціалу (далі – РП) відіграє ключову роль для встановлення перспектив і напрямів реабілітаційних заходів, рекомендованих особі з ОМЗ. РП можна охарактеризувати як можливість хворої людини за певних умов і сприяння реабілітаційних служб і суспільства загалом приводити в дію біологічні та соціально-психологічні резерви компенсаторних, адаптивних процесів та інших механізмів, які лежать в основі відновлення її порушеного здоров'я, працездатності, особистого статусу і становища в суспільстві [Кравченко, 2017].

Досягнення реабілітаційного ефекту можливе за виконання таких умов:

- мобілізації залишкових можливостей організму;
- створення опори на компенсаторні реакції організму;
- можливості здійснювати передачу порушених функцій іншим органам;
- заміну втраченого органа штучним, включно з реконструктивною хірургією.

На підставі визначення РП здійснюється розробка індивідуальної програми реабілітації (далі – ІПР) і плануються шляхи досягнення реабілітаційного ефекту для конкретної особи з ОМЗ. Водночас сама програма ІПР має рекомендаційний характер, що дає змогу інваліду погодитися або відмовитися від того чи іншого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, а також від реалізації програми загалом.

Виходячи з характеру наявної патології, тяжкості стану здоров'я осіб з ОМЗ, значна частина з них підлягає соціальній адаптації в самих установах медико-соціального обслуговування і навіть інтеграції в суспільство.

Слід зазначити, що на відміну від людей похилого віку з відносно обмеженими потребами (у яких переважають вітальні, зокрема пов'язані з подовженням активного способу життя), молоді особи з ОМЗ мають потребу в здобутті освіти та працевлаштуванні, в реалізації бажань у сферах розважального дозвілля та спорту, у створенні сім'ї тощо. Отже, молоді інваліди часто можуть перебувати в ситуаціях соціальної напруженості, депривації, а також відчують дефіцит інформації.

Одним з основних напрямів у реабілітації може стати терапія середовищем, особливо при організації способу життя молодих інвалідів. Її роль полягає у створенні активного середовища життєдіяльності, що спонукає осіб з обмеженими можливостями до «самодіяльності», участі в культурно-масовій роботі, самозабезпечення, відходу від утриманських позицій і гіперопіки.

Специфіка діяльності соціального працівника, з одного боку, має враховувати комплекс заходів для активізації середовища (аматорські заняття, громадсько-корисна діяльність, спортивні заходи, навчання професіям тощо),

а з іншого боку – сприяти розкриттю функціональних обов'язків медичного та допоміжного персоналу для створення умов терапії середовищем.

У рамках роботи з дітьми та молоддю з ОМЗ важливим стане виявлення лідерів із контингенту осіб із позитивною соціальною спрямованістю (активною життєвою позицією). Через них, зокрема, можна здійснити опосередкований вплив на всю групу для формування спільних цілей, згуртування інвалідів під час діяльності та їхнього повноцінного спілкування.

Слід враховувати і ступінь соціально-психологічної адаптації молодих інвалідів у будинках-інтернатах, яка значною мірою визначається їхнім ставленням до своєї хвороби. У зв'язку з цим можливі такі варіанти ставлення інвалідів до свого стану: заперечення хвороби, адекватне (раціональне) ставлення до захворювання та «ухилення у хворобу» (ситуація драматизування стану здоров'я). Третій варіант характеризується проявом відгородженості, пригніченості, глибоким самоаналізом, відходом від реальних подій та інтересів.

Важливим тому стане використання методів психологічного розвантаження, відволікання інвалідів від песимістичної оцінки свого майбутнього, перемикання їхньої уваги на повсякденні інтереси та орієнтація на позитивну перспективу. З цих позицій соціальний працівник покликаний проявляти співчуття, вміння аналізувати характер психотравмувальної ситуації та володіти основами психотерапії для того, щоб усунути або пом'якшити вплив тієї чи іншої життєвої кризи на психологічний стан інваліда.

Зрештою морально-психологічна підтримка відіграє неоціненну роль у запобіганні дезадаптації інвалідів, депресивних станів і стане чинником, що підвищує рівень реабілітаційної активності всього процесу корекційних впливів.

Останніми роками в комплексній програмі реабілітації осіб з обмеженими можливостями дедалі більша увага звертається на заходи із соціокультурної реабілітації осіб з ОМЗ.

Слід визнати, що соціокультурна реабілітація може чинити позитивний вплив на інвалідів усіх вікових і соціальних груп, проте особливе значення вона має для дітей і молодих людей з обмеженими можливостями.

Своєрідним завданням цього реабілітаційного напрямку діяльності може стати залучення молоді до культурних, духовно-моральних цінностей, до здорового способу життя, зокрема гармонійний розвиток особистості на основі її включення у світ мистецтва та культури [Костєва, 2016].

Поряд із цим СКР є засобом розвитку різних життєвих пізнавальних навичок, підвищення самооцінки особистості, можливістю творчого самовираження. Таким чином, соціокультурна реабілітація набуває дедалі більшої значущості як для самих інвалідів, так і для суспільства, оскільки слугує тлом для залучення людей з інвалідністю до активного життя суспільства, тобто сприяє гуманізації суспільства загалом.

На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що роль сучасних форм роботи соціального працівника в системі реабілітації дітей та молоді з ОМЗ набуває багатоаспектного характеру, що враховує його різнобічну освіту та відповідні особистісні особливості, які дають змогу підвищити довірчість стосунків інвалідів до цієї категорії фахівців.

Отже, у полі зору кожного фахівця соціальної сфери під час роботи з категорією осіб з обмеженими можливостями мають перебувати такі сфери (потреби) клієнтів: інтереси, захоплення, світогляд, найближче оточення, житлово-побутові, матеріальні умови, ступінь обмеження рухової активності, стан, спосіб життя тощо. У цьому разі фахівець має змогу обрати оптимальну технологію соціальної, психологічної, реабілітаційної, юридичної допомоги відповідно до основної проблеми та грамотно визначити стратегію її розв'язання.

Висновки до II розділу

У соціології (переважно науці про сучасні суспільства) тема соціальних інновацій з'явилася відносно пізно, переважно зосереджуючись на одному конкретному випадку: інновації в науці/технологіях і, дещо пізніше, в економіці, що стосується управлінських інновацій. Тема соціальних інновацій тривалий час залишалася науково легітимною, але відносно невивченою темою з низькою науковою та соціальною актуальністю.

Огляд різних дослідницьких позицій дали змогу вибудувати таку логічну послідовність: новація (образ, ідея змін) – новація (можливі зміни) – нововведення (діяльність з упровадження нововведення) – інновація (нововведення, яке застосовується та дає економічний, соціальний або інший ефект і забезпечує прогресивний розвиток системи та (або) перетворення її елементів).

Отже, інновація визначає загальний вектор змін системи, короткочасна і вносить незначні зміни в систему. Нововведення відрізняються тим, що спрямовані на задоволення нових потреб споживачів і може бути реалізоване в практиці суб'єкта освітньої діяльності або системи загалом, суттєвим критерієм є її фіксація на матеріальному носії.

Таким чином, інноваційна діяльність фахівця із соціальної роботи представляє собою виконання комплексу послідовних, аналітично-обґрунтованих і творчих дій, що сприяють поліпшенню соціального становища дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я.

Аналіз змісту вітчизняних і зарубіжних інноваційних технологій соціальної роботи з дітьми-інвалідами дав змогу виокремити як структурні елементи сучасної системи інноваційного оновлення соціальної роботи такі:

- інноваційні технології, засновані на впливі на розумово-мисленнєві процеси дітей-інвалідів (технологія «Нейроінтерфейс», технологія «Соціальна візуалізація»);

- інтерактивні інноваційні технології соціальної роботи з дітьми-інвалідами, засновані на застосуванні інтерактивних пристроїв, спеціальних роботів, технологій доповненої реальності, які забезпечують додаткову підтримку цієї категорії дітей;

- інноваційні технології, що впливають на тактильні процеси у дітей-інвалідів (технології, засновані на використанні водно-бульбашкової колони і 3D-друку);

- інноваційні технології, спрямовані на розвиток соціально-комунікативного потенціалу дітей-інвалідів (сторітелінг, технологія «Цифрова розповідь»).

РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЬМИ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В УМОВАХ КУ ЦНСП

3.1. Характеристика діяльності КУ «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської Ради

Метою діяльності КУ «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської Ради є надання комплексної кваліфікованої допомоги спеціалістів дітям з інвалідністю, дітям та молоді з ОМЗ від народження до 18 років та їх сім'ям, спрямованої на забезпечення максимально повної соціальної адаптації до життя в суспільстві, а також профілактика дитячої інвалідності.

Для досягнення мети Установа здійснює такі види діяльності:

- надання соціально-психологічної, соціально-педагогічної, соціально-медичної допомоги дітям та їх сім'ям;
- організація та проведення спортивно-оздоровчих та культурно-дозвіллевих заходів із залученням сімей, які мають дітей з ОМЗ;
- соціально-середовищна та соціально-побутова реабілітація дітей та молоді з ОМЗ;
- розробка індивідуальних маршрутів комплексної реабілітації;
- консультативно-навчальна допомога сім'ям, які виховують дітей з ОМЗ;
- психолого-педагогічна підтримка, інформаційно-просвітницька робота з сім'ями, які виховують дітей з ОМЗ;
- супровід дітей з тяжкою інвалідністю вдома;
- узагальнення та впровадження в практику роботи Установи передового вітчизняного та зарубіжного досвіду, розробок науково-дослідних організацій з питань реабілітації, освіти та виховання дітей, оптимізації соціального обслуговування дітей з ОМЗ;
- надання консультативно-методичної допомоги громадським, державним і муніципальним організаціям з питань реабілітації дітей з ОМЗ.

Заклад надає комплексну кваліфіковану допомогу дітям-інвалідам, дітям з ОМЗ та їхнім сім'ям керуючись:

- рекомендаціями Індивідуальної Програми Реабілітації та Комплексної програми соціальної реабілітації закладу;
- соціальним запитом сім'ї;
- діагностикою (неврологічною, психологічною, педагогічною) дитини.

Додаткові види діяльності:

- супровід дітей з тяжкою інвалідністю вдома;
- організація та проведення спортивно-оздоровчих та культурно-дозвіллевих заходів;
- надання консультативно-методичної допомоги громадським, державним і муніципальним організаціям з питань реабілітації дітей;
- узагальнення та впровадження в практику роботи закладу передового вітчизняного та зарубіжного досвіду, розробок науково-дослідних організацій з питань реабілітації, освіти та виховання дітей, оптимізації соціального обслуговування дітей.

Показаннями для направлення дітей до Установи є:

- нервово-психічні, рухові та комплексні порушення розвитку дитини
- дитяча інвалідність, що зумовлена або супроводжується комплексними нервово-психічними та руховими порушеннями.

Діти приймаються на курс реабілітації 3 місяці. Заклад розрахований на 60 напівстаціонарних ліжко-місць. За рішенням медико-педагогічної ради закладу курс реабілітації дитини може бути подовжено, зважаючи на потребу подальшої реабілітації дитини та сім'ї. У режимі напівстаціонару заклад працює з 8.00 до 17.00.

Додатково 10-15 сімей щодня отримують реабілітаційні та абілітаційні послуги в режимі амбулаторної допомоги. До амбулаторної допомоги входить: консультації спеціалістів (лікар-невролог, лікар-педіатр, лікар з фізіотерапії та лікувальної фізкультури, вчитель-логопед, вчитель-дефектолог, психолог), курсове лікування до 21 дня (фізіолікування, лікувальна фізкультура, масаж,

медикаментозна терапія, заняття з психологом, відвідування басейну). За бажанням батьків або законних представників діти, які отримують курс лікувальної реабілітації, можуть брати участь у всіх соціокультурних заходах закладу.

Діти, які не мають інвалідності, але мають проблеми у здоров'ї та розвитку, приймаються до закладу за направленням лікаря.

3.2. Аналіз дослідження позитивної динаміки з соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями

Як неодноразово зазначалось, основна мета соціально-педагогічної реабілітації дітей та молоді з ОМЗ полягає в їх ефективній соціальній реабілітації та інтеграції в соціум, забезпеченні соціального, інтелектуального, емоційного та фізичного розвитку дитини з ОМЗ і спробі найбільшого розкриття її реабілітаційного потенціалу. Початковим етапом активного відновлення особистості стає дитинство, що передбачає привласнення певної системи знань, норм і цінностей, соціальних ролей, навичок, які дають змогу дитині з вадами формуватися і функціонувати в суспільстві. За відсутності своєчасної адекватної соціально-психологічної та педагогічної підтримки, більша частина дітей з порушеннями в розвитку залишається непристосованою до життя в соціумі. У ситуації соціально-педагогічної реабілітації в процесі навчання і виховання дитина з ОМЗ може повноцінно соціалізуватися, при цьому соціальна активність дитини стає реалізованою здатністю до соціальних дій у сферах її соціальних відносин.

Програма соціально-педагогічної реабілітації дітей з ОМЗ є комплексом реабілітаційних заходів, орієнтованих на соціально-педагогічну підтримку дитини, забезпечення її освітніх та здоров'язбережувальних можливостей, відновлення реабілітаційного потенціалу з урахуванням її потреб, настанов, рівня домагань на основі прогнозованого резерву її соматичного стану, психофізичної витривалості, соціального статусу та реальних можливостей

організації освітнього простору. Програма соціально-педагогічної реабілітації дітей з ОМЗ проводиться в період реалізації запланованих заходів і дає можливість гранично охопити весь реабілітаційний потенціал.

У нашому дослідженні взяли участь діти та молодь з ОМЗ КУ «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської ради Одеської області. Вибірка проводилася за особистими справами дітей. У психологічному експерименті взяли участь 2 групи по 15 дітей (експериментальна та контрольна).

Етапи та методи експериментального дослідження:

1 етап (констатувальний). Методами експериментальної роботи на цьому етапі є: спостереження, бесіди, аналіз продуктів діяльності, методи математичної обробки.

2 етап (формувальний). Методами експериментальної роботи на даному етапі є: спостереження, реалізація корекційної роботи засобами адаптивної фізичної культури з елементами настільного тенісу.

3 етап (контрольний). Методами експериментальної роботи на цьому етапі є: Синтез, узагальнення і систематизація матеріалу, методи математичної обробки.

З метою діагностики рівня дітей з ОМЗ ми використовували такі методики:

Методика «Індивідуальний профіль соціального розвитку дитини» (Степанова Г.Б, для визначення індивідуального профілю соціального розвитку дитини третього року життя). Під час природного спостереження за ситуаціями взаємодії дітей раннього віку з вихователем та однолітками необхідно відмічати в бланку ступінь вираженості тих чи інших проявів відповідно до таких показників. Для цього в таблиці слід зазначити те місце на шкалі, яке найбільше відповідає твердженню, що характеризує поведінку дитини.

Методика В.Г. Маралова, В.І. Сітарова «Соціальна активність дітей» Протилежною до ініціативи якістю, на наш погляд, є старанність, спираючись на дослідження В.Г. Маралова та В.А. Сітарова, уявімо класифікацію типів

соціальної активності та соціальної реактивності через поєднання ініціативи та старанності:

1-й тип - ініціативні та старанні діти.

2-й тип - діти з переважанням ініціативи.

3-й тип - виконавчі діти.

4-й тип - імпульсивні діти.

5-й тип - пасивні діти.

Методика «Зробимо разом» Р. Р. Калініної.

Методика призначена для виявлення та оцінювання рівня розвитку моральної спрямованості особистості дитини, що виявляється у взаємодії з однолітком. Ця методика дає змогу враховувати такі параметри, як правильне вираження свого бажання і прохання, підтримання контакту з партнером, готовність до співпраці, бажання допомогти партнеру по грі, турбота про партнера, бажання поділитися з ним.

Методика з оцінки рівня тривожності дитини А.І.Захарової.

Фрагмент методики:

«Уважно прочитайте ці твердження й оцініть, настільки вони характерні для вашої дитини. Якщо це виражено – ставте «+», якщо цей прояв зустрічається періодично, ставте «0», якщо відсутній «-».

Ваша дитина:

- легко засмучується, багато переживає, усе надто близько приймає до серця;

- щойно що – в сльози, плаче ридма або нис, бурчить, не може заспокоїтися;

- вередує ні з того ні з сього, дратується через дрібниці, не може чекати, терпіти;

- більш ніж часто ображається, дується, не переносить жодних зауважень;

- вкрай нестійкий у настрої, аж до того, що може сміятися і плакати одночасно;

- дедалі більше сумує і засмучується без видимої причини;

- як і в перші роки, знову смочє палець, соску, все крутить у руках;
- довго не засинає без світла і присутності поруч близьких, неспокійно спить, прокидається. Не може відразу прийти до тями вранці;
- стає підвищено збудливим, коли потрібно стримувати себе, або загальмованим і млявим під час виконання завдань;
- з'являються виражені страхи, побоювання, боязкість у будь-яких нових, невідомих або відповідальних ситуаціях;
- наростає невпевненість у собі, нерішучість у діях і вчинках;
- дедалі швидше втомлюється, відволікається, не може сконцентрувати увагу тривалий час;
- дедалі важче знайти з ним спільну мову, домовитися: стає сам не свій, без кінця змінює рішення або йде в себе;
- починає скаржитися на головні болі ввечері або болі в ділянці живота вранці; нерідко блідне, червоніє, потіє, турбує свербіж без видимої причини, алергія, подразнення шкіри;
- знижується апетит, часто і довго хворіє; підвищується без причин температура; часто пропускає дитячий садок або школу;

Методика «Драбинка» спрямована на виявлення сформованості самооцінки. Методика призначена для виявлення системи уявлень дитини про те, як вона оцінює себе сама, як, на її думку, її оцінюють інші люди і як співвідносяться ці уявлення між собою. Методика «Драбинка» має два варіанти використання: груповий та індивідуальний. Груповий варіант дає змогу оперативно виявити рівень самооцінки. За індивідуального вивчення самооцінки є можливість виявити причину, яка сформувала (формує) ту чи іншу самооцінку, щоб надалі, за потреби, розпочати роботу з корекції труднощів, які виникають у дітей.

Методика «Два будиночки» щодо визначення симпатії та антипатії до оточуючих. Соціометрична методика (за Т.Д. Марцинковською). Дана методика використовується для визначення кола значущого спілкування дитини, особливостей взаємовідносин у групі, виявлення симпатій до членів.

Методика емоційного ставлення до моральних норм. «Сюжетні картинки» Р. Р. Калініної. Методика призначена для вивчення емоційного ставлення до моральних норм.

Дитині пред'являють картинки із зображенням позитивних і негативних вчинків однолітків.

Дослідження проводять індивідуально. У протоколі фіксуються емоційні реакції дитини, а також її пояснення. Дитина має дати моральну оцінку зображеним на картинці вчинкам, що дасть змогу виявити ставлення дітей до моральних норм. Особлива увага приділяється оцінці адекватності емоційних реакцій дитини на моральні норми: позитивна емоційна реакція (посмішка, схвалення тощо) на моральний вчинок і негативна емоційна реакція (осуд, обурення тощо) – на аморальний.

Методика Г. Степанової Оцінка сили емоційного стану дитини. Дає змогу швидко і досить об'єктивно з'ясувати емоційний стан людини та поведінкові тенденції, що переважають у її житті.

Мета зумовила розв'язання таких завдань психолого-педагогічного експерименту:

- визначити етапи експериментальної роботи, завдання та методи кожного з них з них;
- визначити критерії, показники діагностики визначення рівнів розвитку соціально-особистісних якостей дитини з ОМЗ;
- визначити ефективність розвитку соціальної реабілітації дітей з ОМЗ.

Для досягнення мети дослідження та реалізації поставлених завдань було розроблено програму експериментального дослідження.

Експериментальне дослідження проходило в три етапи (констатувальний, формувальний і контрольний). Експериментальна група включала 15 дітей з ОМЗ, контрольна група – 15 дітей.

У концепції соціального виховання дитини з ОМЗ визначено критерії та показники соціальної реабілітації:

Соціальна компетентність (наявність у дитини знань і правил соціальної поведінки):

- «що таке добре і що таке погано?»;
- наявність елементарних уявлень про навколишній світ, обізнаність у сфері взаємовідносин людей у соціумі, усвідомлення власної індивідуальності;
- ефективна взаємодія з навколишнім середовищем, уміння чинити так, як прийнято в культурному суспільстві;
- бажання зайняти певне місце серед значущих для дитини людей - дорослих та однолітків.

Соціальна активність (вільне входження в систему ігрової діяльності):

- спілкування і соціальної поведінки;
- ступінь прояву емоцій (переживання, захоплення або розчарування і невдоволення) від результатів цієї діяльності;
- інтерес дитини до сімейних і народних традицій соціуму, особиста участь і захопленість у засвоєнні народного досвіду (традицій взаємовідносин) соціальної поведінки дорослих і дітей.

Соціальна адаптація (готовність та орієнтованість):

- до вибору соціальної поведінки в дитячому та навколишньому середовищі; ситуативний прояв соціальних якостей (чуйності, чуйності, доброти, взаємодопомоги, емпатії);
- усвідомлення та наявність соціального досвіду, прояв себе як члена певної субкультури та носія етнокультурних традицій;
- уміння дбайливо ставитися до результатів своєї та спільної дитячої і дорослої діяльності).

На основі критеріїв і показників, було виокремлено три рівні соціальної реабілітації дітей з ОМЗ віку.

Високий рівень – дитина знає норми соціальної поведінки: «що таке добре і що таке погано?»; ефективно взаємодіє із середовищем, здатна чинити так, як заведено в культурному суспільстві; вільно входити в систему ігрової

діяльності, спілкування та соціальної поведінки; вільно проявляє емоції (переживання, захвату або розчарування й невдоволення) від результатів цієї діяльності; має інтерес до родинних та народних традицій соціуму; орієнтується у виборі соціальної поведінки в дитячому й довколишньому середовищі; проявляє соціальні якості (чуйності, чуйності, доброти, взаємодопомоги, емпатії); проявляє себе як члена певної групи; проявляє себе як члена певної групи; проявляє себе як члена певної групи.

Середній рівень – дитина знає норми соціальної поведінки: «що таке добре і що таке погано», але не ефективно взаємодіє із середовищем, здатна чинити так, як заведено в культурному суспільстві; вільно входить в систему ігрової діяльності, спілкування та соціальної поведінки; не проявляє емоції (переживання, захвату або розчарування й незадоволення) від результатів цієї діяльності; має інтерес до родинних та народних традицій соціуму, але не орієнтується у виборі соціальної поведінки в дитячому й навколишньому середовищі; проявляє соціальні якості (чуйності, чуйності, доброти, взаємодопомоги, емпатії).

Низький рівень – дитина не знає норми соціальної поведінки: «що таке добре і що таке погано», не взаємодіє із середовищем, не здатна чинити так, як заведено в культурному суспільстві; не вміє вільно входить в систему ігрової діяльності, спілкування та соціальної поведінки; не проявляє емоції (переживання, захвату або ж розчарування й невдоволення) від результатів цієї діяльності; не має інтерес до сімейних і народних традицій соціуму, не орієнтується у виборі соціальної поведінки в дитячому та навколишньому середовищі; не проявляє соціальних якостей (чуйності, чуйності, доброти, взаємодопомоги, емпатії); не проявляє себе як члена певного етносу і носія етнокультурних традицій, не вміє дбайливо ставитися до результатів своєї та спільної дитячої і дорослої діяльності.

3.3. Кількісний і якісний аналіз результатів експериментальної роботи

За даними моніторингу понад 50% дітей з обмеженими можливостями здоров'я мають низькі та нижчі за середні віково-статеві показники розвитку рівня соціалізованості. З метою діагностики рівня реабілітації дітей з ОМЗ ми використовували методику «Індивідуальний профіль соціального розвитку дитини»(Степанова Г. Б.), для створення профілю соціального розвитку дітей у групі. Дані експериментального дослідження представлені в таблиці.

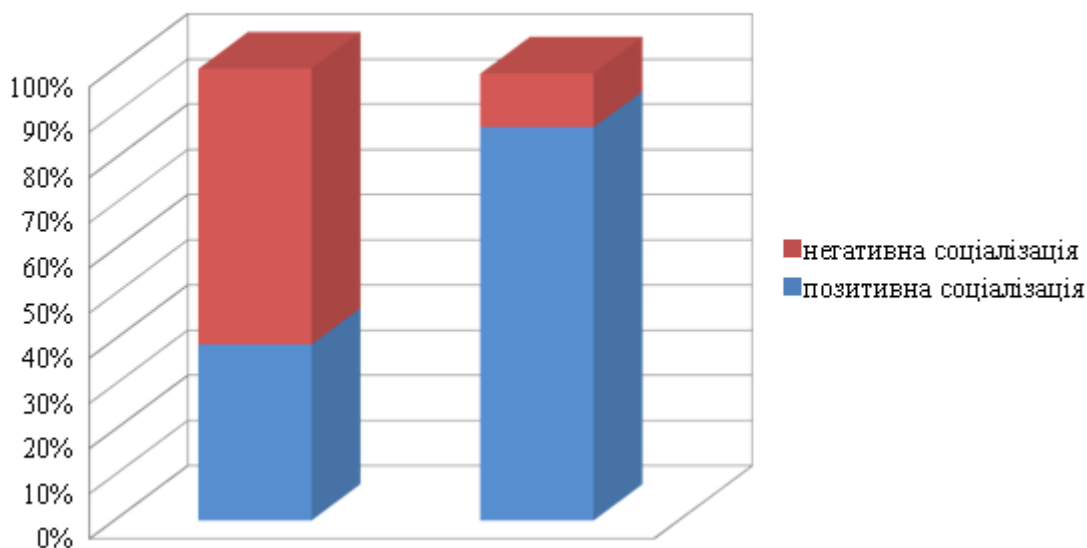
Таблиця 3.1.

Профіль соціального розвитку дітей з ОМЗ, у кількості 30 осіб.

	Ствердження	Травень 2023			Жовтень 2023		
		Рівні					
		Високий, %	Середній, %	Низький, %	Високий, %	Середній, %	Низький, %
1	Легко йде на контакт із дорослими	50	36	14	98	2	-
2	Відволікається на прохання дорослих	50	29	21	91	9	9-
3	Із задоволенням діє з дорослими спільно.	58	21	21	92	-	8
4	Успішно діє під керівництвом дорослого	45	24	21	79	14	7
5	Легко приймає допомогу дорослого.	65	21	14	92	8	-
6	Часто взаємодіє з однолітками.	22	56	22	64	22	14
7	Легко встановлює дружні стосунки з однолітками	7	71	22	71	8	21
8	Успішно бере участь у колективній грі.	14	50	36	50	35	15
9	Проявляє якості лідера.	7	79	14	44	28	28
10	Добре себе почуває у великій групі дітей.	7	57	36	50	21	29
11	Спокійно спостерігає за діями інших дітей.	7	54	29	51	21	28

Продовження таблиці 3.1.

12	Вміє займати інших дітей.	7	57	36	71	8	21
13	Успішно бере участь в справах та іграх, запропонованих іншими дітьми.	-	71	29	51	21	28
14	Успішно вирішує конфлікти з однолітками.	-	43	57	42	16	42
15	Добре діє самостійно.	29	71	-	85	15	-
16	Може зайняти себе сам.	36	64	-	92	8	-
17	Уміє стримувати себе, контролювати свою поведінку..	58	21	21	77	15	8
18	Здатний жертвувати своїми інтересами заради інших.	-	57	43	21	58	71
19	Не завдає шкоди рослинам, тваринам, книжкам, іграшкам.	86	7	7	100	-	-
20	Добре знає і виконує розпорядок дня в дитячому садку.	72	21	7	100	-	-
21	Визнає правила, запропоновані дорослими.	72	28	-	100	-	-
22	Визнає правила, запропоновані іншими дітьми.	7	93	10	58	42	-



Гістограма 3.1. Соціальний розвиток дійте з ОМЗ, для визначення рівня позитивної та негативної

У травні 2023 р. у 39% вибірки спостерігалася позитивна соціалізація, у 61% – негативна соціалізація. У жовтні 2023 р. кількість дітей, які мають позитивний соціальний досвід, значно збільшилася з 39 % до 87,7 %, а також із негативним досвідом скоротилася до 12 %.

З таблиці видно, що найбільший відсоток дітей відчувають труднощі у спілкуванні з однолітками. З дорослими взаємодіють успішно, добре діють самостійно, вміють себе чимось зайняти, але зазнають труднощів у взаєминах з однолітками.

Під час проведення дослідження, для виявлення рівня розвитку соціальної активності дітей у віці 5-7 років використовували методику В.Г. Маралова і В.А. Сітарова. Для вивчення соціальної активності випробовуваних у різних видах ігрової діяльності (сюжетно-рольовій, гри-драматизації, дидактичній, рухливій).

Аналіз отриманих результатів показав, що тип соціальної активності у дітей вибірки проявляється по-різному, залежно від виду ігрової діяльності. Проведено підрахунок кількості дітей, які у всіх видах діяльності проявили старанність, ініціативність, відповідальність і самостійність.

Розподіл дітей за типами соціальної активності в різних видах ігрової діяльності в (%) співвідношенні має такий вигляд.

Таблиця 3.2.

Рівня розвитку соціальної активності дітей в ігровій діяльності на 1 етапі роботи з групою дітей.

Тип активності	Види ігрової діяльності			
	Сюжетно-рольова гра	Гра-драматизація	Дидактична гра	Рухлива гра
Вкончно-ініціативний	21,6	14,7	12,3	21,5
Ініціативний	37,4	39,1	37,7	28,6
Виконавчий	28,6	33,9	37,5	28,5
Реактивний	12,4	12,3	12,5	21,4

Після проведення дослідження отримали такі дані: у дітей з ОМЗ у всіх видах ігор найбільш виражені ініціативний і виконавчий типи соціальної активності. Виконавчо-ініціативний тип соціальної активності, за якого діти є ініціаторами у спілкуванні, задають тон у грі, самостійні, часто виступають у ролі організаторів, на високому рівні володіють ігровими вміннями, частіше виявляється в дітей у сюжетно-рольових і рухливих іграх (21,6 %). Більшість дітей із реактивним типом соціальної активності - імпульсивні та агресивні, а отже схильні до частих конфліктів, у рухливих іграх (21,4%). На виниклі труднощі в грі діти з реактивним типом активності реагують агресивно, переривають ігрову діяльність.

Для оцінювання рівня розвитку соціальної реабілітації дітей з ОМЗ, що виявляється у взаємодії з однолітками, було використано методику «Зробимо разом» Р. Р. Калініної.

Ця методика дає змогу враховувати такі параметри, як правильне вираження свого бажання і прохання, підтримання контакту з партнером, готовність до співпраці, бажання допомогти партнеру по грі, турбота про партнера, бажання поділитися з ним.

Для проведення методики «Зробимо разом» необхідні мозаїка і картинки із зображенням предмета, що складається з невеликої кількості мозаїчних фігур.

Процедура діагностики в нашому дослідженні передбачала, що діти беруть участь у ній попарно. Під час підбору пари враховувалося, що діти швидше дотримуються моральних норм під час спілкування з тими, до кого вони ставляться із симпатією, діти з ОМЗ спільно з дітьми, які нормально розвиваються. Тому в пару намагалися не підбирати двох друзів, а навпаки дітей з ОМЗ та замкнених дітей. Діти отримували таку інструкцію: «Діти, зараз ми з вами пограємо в мозаїку. З неї можна скласти різні візерунки. Давайте, ми за цією картинкою складемо візерунок. Спробуйте!» За зразком діти знайомилися з грою, для основного дослідження їм пропонувалися інші картинки: «А тепер я кожному дам фігурки, і ви разом складіть ось цей

малюнок». Акцент робиться на слові «разом». Дітям давали рівно стільки фігурок, скільки їх необхідно для складання пред'явленої картинки. Фігурки ділилися між дітьми порівну. Процедура дослідження тривала приблизно 20 хвилин.

Під час виконання завдання дітьми, педагогу-психологу не можна підказувати, давати рекомендацій, оцінювати і робити зауваження випробовуваним. Небажано коментувати їхні дії, навіть якщо дії одного з дітей здаються йому невідповідними (відштовхує партнера, забирає всі фігурки собі або, навпаки, дивиться у вікно, не виявляє інтересу до завдання). Завдання дорослого, лише фіксувати поведінку дітей у протокол. Під час аналізу протоколів виокремлювали ознаки, які об'єднали в чотири комплексні параметри – симптомокомплекси:

- симптомокомплекс із негативною моральною спрямованістю особистості;
 - симптомокомплекс позитивної моральної спрямованості особистості;
 - симптомокомплекс товариськості, контактності дитини
- симптомокомплекс зацікавленості в запропонованій діяльності (таблиця 3.3.)

Таблиця 3.3.

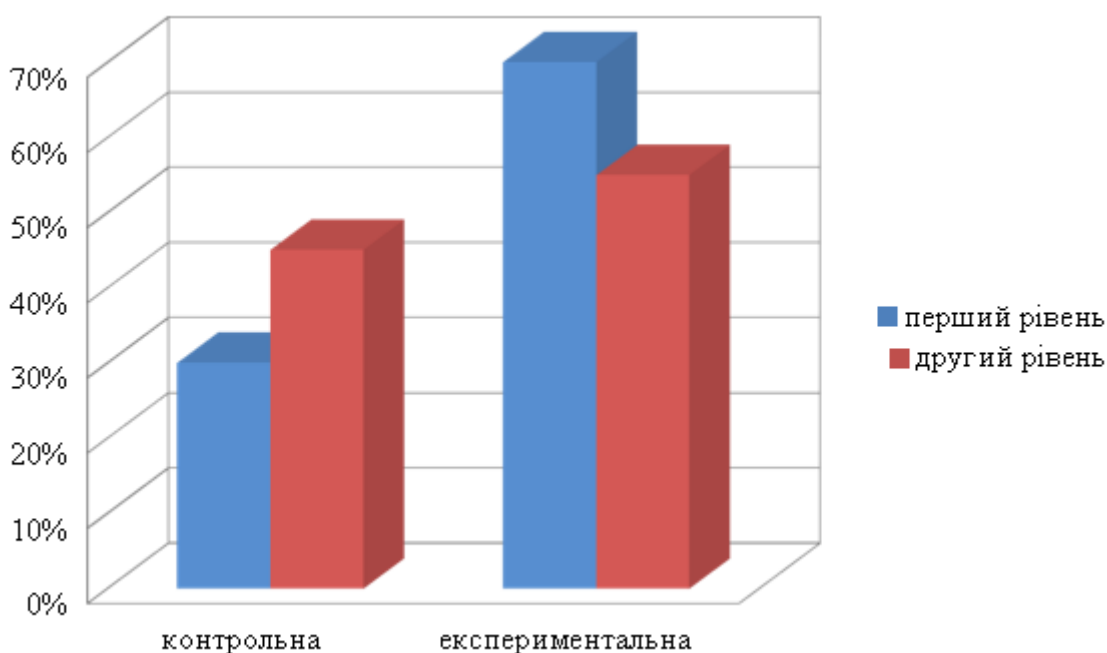
Розподіл випробовуваних у контрольній та експериментальній групах за рівнями морального розвитку.

Випробувані	Перший рівень (в%)	Другий рівень (в%)
Контрольна група (КГ)	30	45
Експериментальна група (ЕГ)	70	55

За даними в контрольній та експериментальній групі в з ОМЗ, переважає другий рівень морального розвитку (70% у контрольній та 55% в експериментальній групах відповідно). Діти демонструють знання моральних норм і понять для оцінювання вчинків інших, вони демонструють позитивну моральну спрямованість у поведінці стосовно близьких дорослих і однолітків, до яких вони відчувають симпатію. Діти, які демонструють перший рівень

морального розвитку (по 30% і 45% у контрольній та експериментальній групах відповідно) виявляють емоційне ставлення до окремих моральних понять і вчинків, діти дають оцінку вчинкам.

Дослідження даною методикою показало, що в групах учасників експерименту немає тих, хто перебували б на нульовому або третьому рівні морального розвитку.



Гістограма 3.2. Дані, отримані методикою «Зробимо разом» Р.Р.Калініної в експериментальній та контрольній групі

Методика «Сюжетні картинки» Р.Р.Калініної.

Експериментальна група. Методика для вивчення емоційного ставлення до моральних норм.

- 0 балів – дитина неправильно розкладає картинки (в одній стопці картинки із зображенням поганих і хороших вчинків), емоційні реакції неадекватні або відсутні – 5 дітей, 3 дітей не впоралися із завданням, не розуміли, що потрібно робити, довільно перекладали картки.

- 1 бал – дитина правильно розкладає картинки, але не може обґрунтувати свої дії; емоційні реакції неадекватні – 4 дитини.

- 2 бали – дитина правильно розкладає картинки, обґрунтовує свої дії, емоційні реакції адекватні, але виражені слабо – 4 дитини.

- 3 бали – дитина обґрунтовує свій вибір (називає моральні норми); емоційні реакції адекватні, яскраві, проявляються в міміці, активній жестикуляції тощо. – 2 дитини.

Контрольна група. Методика призначена для вивчення емоційного ставлення до моральних норм.

- 0 балів – 2 дитини.

- 1 бал – 4 дитини.

- 2 бали – 4 дитини.

- 3 бали – 5 дітей.

Результати за діагностикою «Сюжетні картинки» Р. Р. Калініної для вивчення емоційного ставлення до моральних норм виглядають наступним чином: із завданням впоралися діти з контрольної групи, діти з експериментальної групи не могли логічно правильно скласти картинки, що свідчить про несформованість психічних функцій у дітей з ОМЗ, що і відповідає даним таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Методика для вивчення емоційного ставлення до моральних норм «Сюжетні картинки» Р.Р.Калініної.

Емоційне ставлення до моральних норм	ЕГ	КГ
Початковий рівень (критичний)	5 дітей - 33.33%	2 дитини – 13.33%
Другий рівень (оптимальний)	4 дитини – 26.66%	4 дитини – 26.66%
Третій рівень (допустимий)	4 дитини – 26.66%	4 дитини – 26.66%
Високий рівень	2 дитини – 13.33%	5 дітей - 33.33%

Методика Г. Степанової. Розроблена за п'ятибальною шкалою, в якій представлені поведінкові реакції дитини. За цією шкалою оцінено силу емоційного стану дітей у вибірці, спостерігаючи за ними.

Таблиця 3.5.

Результати визначення сили емоційного стану дітей з ОМЗ

Контрольна група	Страх	Гнів	Радість	Експериментальна група	Страх	Гнів	Радість
1. Ксенія Ж.	1	1	1	1. Андрій К.	1	-	1
2. Настя К.	4	4	1	2. Настя Д.	2	1	2
3. Софія Т.	5	4	1	3. Олексій Ш.	1	1	4
4. Вікторія Ж.	4	3	1	4. Тарас Г.	1	-	5
5. Влад С.	2	1	2	5. Марія П.	1	-	5
6. Сергій С.	5	5	2	6. Руслан К.	1	1	5
7. Іван С.	1	1	1	7. Поліна А.	2	-	4
8. Іван Д.	5	2	1	8. Вероніка М.	1	-	2
9. Світлана К.	3	4	1	9. Артем С.	1	1	3
10. Данило Ч.	3	4	3	10. Павлик Р.	2	1	5
11. Стас О.	2	2	3	11. Катерина С.	1	-	5
12. Данило Р.	2	1	1	12. Юля М.	1	-	2
13. Анна Р.	1	1	2	13. Микита К.	1	-	3
14. Костя Т.	5	5	3	14. Віктор Б.	2	1	4
15. Сашко К.	2	2	1	15. Ярина О.	1	-	4
Середнє	3	2.66	1.6	Всього	1.26	0.4	3.6

Інтеграційні процеси, що відбуваються в соціумі, прагнення індивіда до діалогу культур, бурхливе зростання науки і техніки є причинами актуальності проблеми взаємин між людьми. Найчастіше в сім'ях спілкування з дітьми замінено переглядом передач по телевізору, іграми на комп'ютері, що не може не позначитися на їхньому здоров'ї. Велика кількість сімей із дитиною з ОМЗ розпадаються і матерям доводиться самотужки виховувати дитину з дефектом у розвитку, що позначається на комунікативних здібностях дітей з ОМЗ.

Тому необхідна особлива увага педагогів і психологів до розвитку комунікативних умінь і навичок у дітей, формування конструктивних форм спілкування, створення емоційно благополучного клімату в дитячому середовищі.

Перший досвід таких стосунків стає тим фундаментом, на якому будується подальший розвиток особистості. Від того, як складуться стосунки дитини в оточенні однолітків, багато в чому залежить подальший шлях її особистісного та соціального розвитку. Залежно від своїх здібностей, особливостей, можливостей у спілкуванні та діяльності, дитина посідає в різних групах певний статус, і це позначається на її самооцінці, упевненості в собі, самосприйнятті, ставленні до людей і до життя загалом. Якщо стосунки складаються благополучно, дитина нікого не ображає і не ображається на інших дітей і дорослих, нормально розвивається в колективі, можна сподіватися, що вона і надалі буде нормально почуватися в системі соціальних взаємин. Якщо справи йдуть інакше, тобто дитина не може знайти спільної мови з оточуючими, не володіє навичками співпраці в колективі, то в неї можуть виникнути серйозні проблеми в емоційному плані.

Для діагностики взаємовідносин дітей з ОМЗ використовувалася соціометрична методика «Два будинки», доповнена індивідуальною бесідою з дітьми. Аналізувалися категорії позитивних і негативних виборів (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6.

Соціометрична матриця від 22 травня 2023 року на 1 етапі діагностичної роботи з дітьми, вибірка представлена в таблиці.

№.І.П.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.Костя Т.	0	<u>2</u>	3															1	
2.Марія П.*	<u>1</u>	0	<u>3</u>				2												
3.Вікторія Ж.		<u>2</u>	0		3					<u>1</u>									
4.Руслан К.*	3		2	0															1
5.Софія Т.					0	2						<u>1</u>						3	
6.Артем С.*			2		<u>1</u>	0	<u>3</u>												
7.Іван Д.					<u>1</u>		0											3	2
8.Влад С.						3	2	0										1	
9.Світланка К.	2				1				0							3			
10.Настя Д.*			<u>1</u>			2	3		0										
11.Данило Р.											0					2		<u>1</u>	3
12.Анна Р.					<u>3</u>		<u>1</u>					0		2					3
13.Сергій С.			2				1						0						
14.Ксюша Ж.									1					0				3	2

Продовження таблиці 3.6.

15.Павлик Р.*															0	1	3	2	
16.Стас О.					2	1										0	3		
17.Іван С.							2									3	0	1	
18.Катерина С.*															1	2	0		
19.Микита К.*			1													3	2	0	
Число отриманих виборів	3	1	7	0	6	4	7	0	1	1	1	1	0	1	0	4	7	8	3
Число взаємних виборів	1	2	2	0	3	2	2	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	2	1

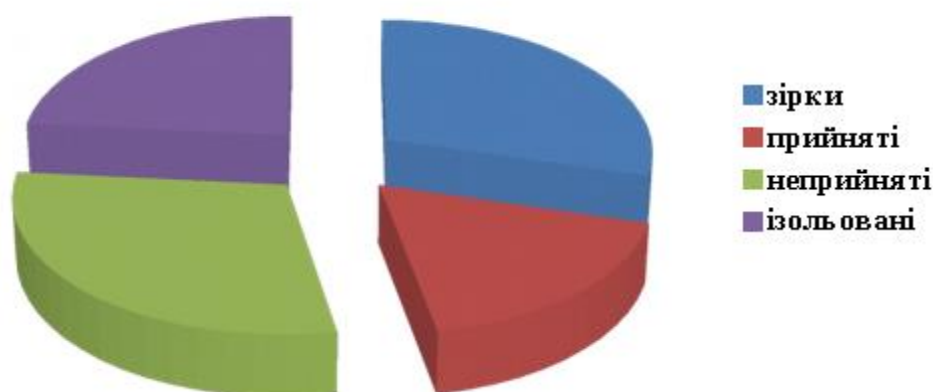
Примітка: діти з ОМЗ (відмічені *).

Таблиця 3. 7.

Підсумки соціометрії після 1 етапу діагностики.

Статус дитини	Ім'я дитини
1.«Зірки»	1. Вікторія Ж. 2. Софія Т. 3. Іван Д. 4. Іван С. 5. Катерина С.*
2.«Прийняті»	1. Микита К.* 2. Артем С.* 3. Костя Т.
3.«Неприйняті»	1. Марія П.* 2. Світланка К. 3. Настя Д.* 4. Данило Р. 5. Анна Р.
4.«Ізольовані»	1. Сергій С. 2. Руслан К.* 3. Влад С. 4. Павлик Р.*

(«Зірки» + «Прийняті» = 8) < («Неприйняті» + «ізолювані» = 9) «Індекс ізолюваності» = 21% – це відсоток дітей, які опинилися в групі ізолюваних (у нормі цей відсоток не повинен перевищувати 20%).



Діаграма 3.1. Результати соціометричного дослідження.

Після проведення корекційної роботи за допомогою розробленої Комплексної програми соціальної реабілітації, вийшли, зазначені у діаграмі 3.1, соціометричні дані у вибірці на початковому етапі діагностики.

Розвиток міжособистісних стосунків і самосвідомості дитини в цьому віці ще інтенсивно триває. На цьому етапі ще можливо подолати різні деформації у стосунках з оточуючими, зняти фіксацію на самій собі та допомогти дитині повноцінно прожити важливі етапи вікового розвитку.

Після проведення корекційної роботи діти з ОМЗ і діти з нормальним розвитком стали частіше і легше включатися в ігри один з одним, самостійно організовувати різні ігри, дотримуючись певних правил, почали успішніше розв'язувати конфлікти, які виникали, приймати допомогу інших, і, у зв'язку з цим, спостерігалось хороше самопочуття дітей у суспільстві однолітків.

Підсумки моєї практичної діяльності було розказано на батьківських зборах. Також мені вдалося підвести колег і батьків до висновку про те, що тільки за спільної діяльності всіх учасників виховного процесу можна отримати максимально високі результати.

Методика психодіагностики «Драбинка» – це спосіб виявити в дитини рівень здатності критично оцінювати себе та оточуючих.

Самооцінка дітей з ОМЗ стає вже більш реалістичною, у звичних ситуаціях і звичних видах діяльності наближається до адекватної. У незнайомій ситуації та незвичних видах діяльності їхня самооцінка завищена.

Для цих в процесі дорослішання адекватною вважається самооцінка, за якої дитина кілька позитивних якостей відмічає на верхній частині драбинки, а одну-дві якості – у середині драбинки або трохи нижче. Якщо дитина обирає тільки верхні сходинки драбинки, можна вважати, що її самооцінка завищена, вона не може або не хоче правильно себе оцінити, не помічає своїх недоліків.

Неадекватно завищена самооцінка.

Не роздумуючи, ставить себе на найвищу сходинку; вважає, що мама оцінює його так само; аргументуючи свій вибір, посилається на думку дорослого: «Я хороший. Хороший і більше ніякий, це мама так сказала».

Завищена самооцінка.

Після деяких роздумів і вагань ставить себе на найвищу сходинку, пояснюючи свої дії, називає якісь свої недоліки та промахи, але пояснює їх зовнішніми, незалежними від нього, причинами, вважає, що оцінка дорослих у деяких випадках може бути дещо нижчою за його власну: «Я, звісно, добрий, але іноді лінуюся. Мама каже, що я неакуратний».

Адекватна самооцінка.

Обміркувавши завдання, ставить себе на 2-гу або 3-тю сходинку, пояснює свої дії, посилаючись на реальні ситуації та досягнення, вважає, що оцінка дорослого така сама або дещо нижча.

Занижена самооцінка.

Ставить себе на нижні сходинки, свій вибір не пояснює або посилається на думку дорослого: «Мама так сказала».

Якщо дитина ставить себе на середню сходинку, це може свідчити про те, що вона або не зрозуміла завдання, або не хоче його виконувати.

Діти із заниженою самооцінкою через високу тривожність і невпевненість у собі часто відмовляються виконувати завдання, на всі запитання відповідають: «Не знаю».

Діти із затримкою розвитку не розуміють і не приймають це завдання, діють навмання.

Неадекватно завищена самооцінка властива дітям з ОМЗ: вони не бачать своїх помилок, не можуть правильно оцінити себе, свої вчинки та дії.

Вибір нижніх сходинок свідчить про занижену самооцінку. Для таких дітей, як правило, характерні - тривожність, невпевненість у собі. Якщо значущі люди (на думку дитини) оцінюють її так само, як вона оцінила себе, або дають вищу оцінку – дитина захищена психологічно, емоційно благополучна.

За допомогою методики «Драбинка», призначеної для виявлення системи уявлень дитини про те, як вона оцінює себе саму, як, на її думку, її оцінюють інші люди і як співвідносяться ці уявлення між собою (таблиця 3.8.).

Таблиця 3.8.

Оцінка рівня самооцінки за методикою «Драбинка».

№ сходинки	Кількість виборів	№ співвідношення	Рівень самооцінки
1	6	53.33%	високий рівень самооцінки (завищена)
2	6		
3	4		
4	1	20.0%	середній рівень самооцінки (правильний)
5	0		
6	1		
7	4		
8	2	26.66%	низький рівень самооцінки (занижена)
9	2		
10	4		
Загальна кількість (експериментальна та контрольна група)	30 дітей		



Діаграма 3.2. Рівень самооцінки за методикою «Драбинка»

Для подальшого дослідження групу було розділено на ЕГ і КГ методом попарного відбору. За допомогою автоматичного розрахунку критерію Манна-Вітні порівняли групи за показниками всіх методик.

Таблиця 3.9.

Рівні морального розвитку за методикою «Зробимо разом»

№	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	30	5	45	6
2	70	8	55	7
3	0	2.5	0	2.5
4	0	2.5	0	2.5
Суми :		18		18

Результат: $U_{Em} = 8$

Критичні значення

$U_{кр}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
-	1

Таблиця 3.10.

За діагностикою «Сюжетні картинки» Р.Р.Калініної, показники емоційного ставлення дітей до моральних норм.

№	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	33.33	7.5	13.33	1.5
2	26.66	4.5	26.66	4.5
3	26.66	4.5	26.66	4.5
4	13.33	1.5	33.33	7.5
Суми :		18		18

Результат: $U_{\text{Емп}} = 8$

Критичні значення

U _{кр}	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
-	1

Таблиця 3.11.

За методикою Г. Степанової, в якій представлені поведінкові реакції дитини. Оцінка рівня радості

№	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	1	5.5	1	5.5
2	1	5.5	2	13.5
4	1	5.5	5	28
5	2	13.5	5	28
6	2	13.5	5	28
7	1	5.5	4	23.5
8	1	5.5	2	13.5
9	1	5.5	3	19
10	3	19	5	28
11	3	19	5	28
12	1	5.5	2	13.5

Продовження таблиці 3.11.

13	2	13.5	3	19
14	3	19	4	23.5
15	1	5.5	4	23.5
Суми :		147		318

Результат: $U_{Emp} = 27$

Критичні значення

U _{кр}	
p ≤ 0.01	p ≤ 0.05
56	72

Таблиця 3.12.

Оцінка рівня гніву за методикою Г. Степанової, оцінено силу емоційного стану випробовуваних.

№	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	1	15	0	5
2	4	26.5	1	15
3	4	26.5	1	15
4	3	24	0	5
5	1	15	0	5
6	5	29.5	1	15
7	1	15	0	5
8	2	22	0	5
9	4	26.5	1	15
10	4	26.5	1	15
11	2	22	0	5
12	1	15	0	5
13	1	15	0	5
14	5	29.5	1	15
15	2	22	0	5
Суми:		330		135

Результат: $U_{\text{Емп}} = 15$

Критичне значення

U _{кр}	
p ≤ 0.01	p ≤ 0.05
56	72

Таблиця 3.13.

Оцінка рівня страху

№	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	1	7.5	1	7.5
2	4	25.5	2	18.5
3	5	28.5	1	7.5
4	4	25.5	1	7.5
5	2	18.5	1	7.5
6	5	28.5	1	7.5
7	1	7.5	2	18.5
8	5	28.5	1	7.5
9	3	23.5	1	7.5
10	3	23.5	2	18.5
11	2	18.5	1	7.5
12	2	18.5	1	7.5
13	1	7.5	1	7.5
14	5	28.5	2	18.5
15	2	18.5	1	7.5
Суми::		308.5		156.5

Результат: $U_{\text{Емп}} = 36.5$

Критичне значення

U _{кр}	
p ≤ 0.01	p ≤ 0.05
56	72

Таблиця 3.14.

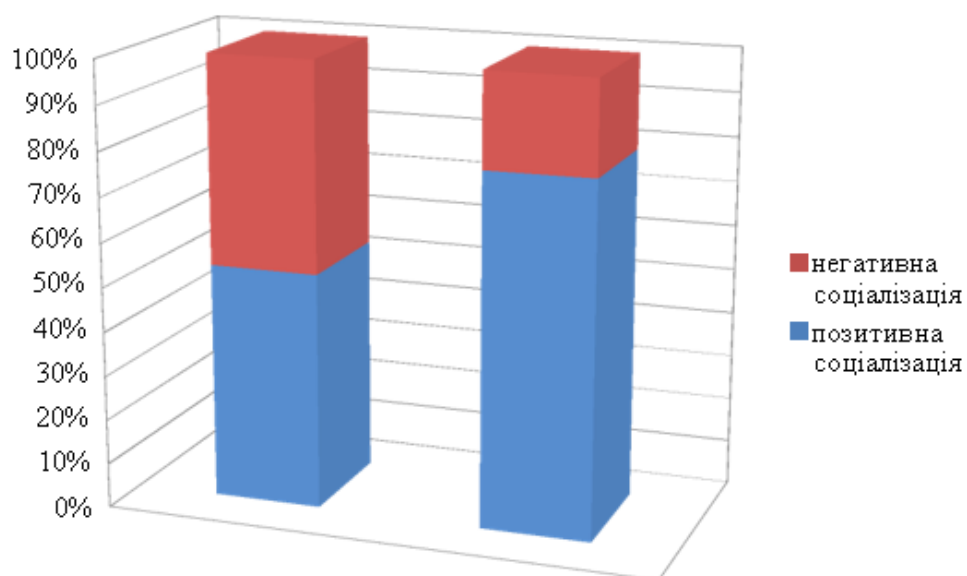
Оцінка рівня самооцінки

№	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	4	16	2	9.5
2	3	14	3	14
3	2	9.5	2	9.5
4	0	1.5	1	4.5
5	1	4.5	0	1.5
6	2	9.5	3	14
7	1	4.5	1	4.5
8	2	9.5	2	9.5
Суми:		69		67

Результат: $U_{\text{Емп}} = 31$

Критичне значення

U _{кр}	
p ≤ 0.01	p ≤ 0.05
9	15



Гістограма 3.3. Соціальний розвиток дітей з ОМЗ експериментальної групи

У травні 2023 р. у 53% дітей в експериментальній групі спостерігалася позитивна соціалізація, у 47% – негативна соціалізація. У травні 2023 р. кількість дітей з ОМЗ, які мають позитивний соціальний досвід, значно збільшилася з 53% до 79%, а також із негативним досвідом скоротилася до 21%.

З таблиць видно, що найбільший відсоток дітей відчувають труднощі у спілкуванні з однолітками. З дорослими взаємодіють успішно, добре діють самостійно, вміють себе чимось зайняти, позитивна динаміка відзначається і вихователями, і батьками.

Під час підбиття підсумків за оцінкою соціального розвитку дитини з ОМЗ за травень-жовтень 2023 навчальний рік за критеріями, запропонованими Г.Б. Степановою «Індивідуальний профіль соціального розвитку дитини», спостерігається позитивна динаміка соціальної реабілітації учасників контрольної та експериментальної груп.

Рівень динаміки:

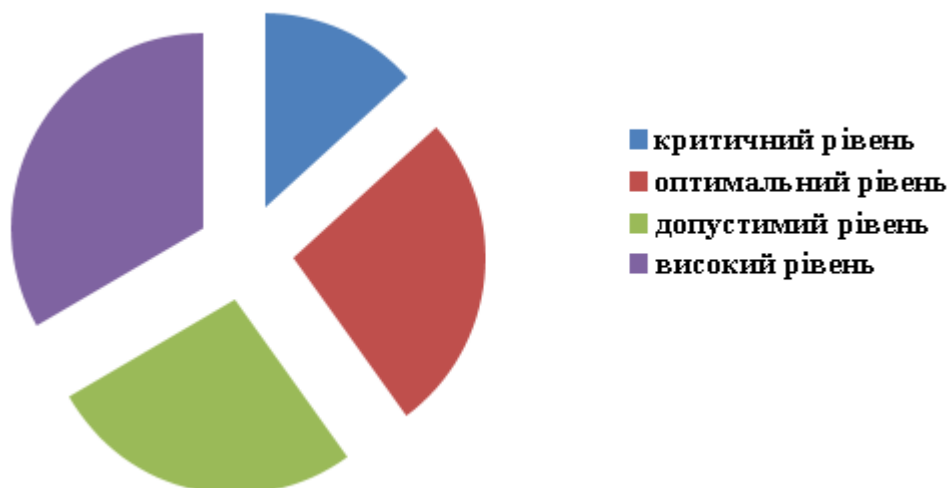
Контрольна група – високий рівень; Експериментальна група – високий рівень.

Наявність соціальної активності у дітей з ОМЗ підтверджують результати кореляційного аналізу.

Таблиця 3.15.

Рівня розвитку соціальної активності дітей в ігровій діяльності після проведення соціально-реабілітаційної роботи.

Тип активності	Види ігрової діяльності			
	Сюжетно-рольова	Гра-драматизація	Дидактична	Рухлива
Виконавчо-ініціативний	31,2	14,3	12,4	21,5
Ініціативний	27,4	39,1	37,6	23,5
Виконавчий	18,6	33,9	37,5	24,6
Реактивний	22,8	12,7	12,5	30,4



Діаграма 3.3. Показники емоційного ставлення до моральних норм у вибірці після корекційної роботи

Діти, які мають низький рівень розвитку когнітивного компонента моральної свідомості, кількість яких склала 13.3%, мають такі особливості, у групі дітей з ОМЗ – 33.3%:

- діти розрізняють моральні ситуації, що представляють норми акуратності, безконфліктної поведінки з однолітками, жадібності, шанобливого ставлення до старших. Однак при цьому, вони не володіють моральними категоріями, тобто не можуть дати назви вище переліченим нормам поведінки;

- у половині випадків викликає труднощі ситуація з неакуратністю, неохайністю;

- більші складнощі виникали при впізнаванні ситуації щедрості.

Діти із середнім рівнем розвитку когнітивного компонента моральної свідомості, кількість яких склала 53.32 % (в експериментальній і контрольній групі значення однакові), характеризуються такими особливостями:

- діти добре знають моральні норми, пов'язані з охайним зовнішнім виглядом, правилами поведінки в громадських місцях і з однолітками;

- невеликі складнощі виникали з питанням про те, наскільки допустимо битися, при цьому багато хто з дітей вагався з думкою про те, наскільки прийнятно заступатися за слабших;

- найбільші труднощі виникли під час розв'язання завдання із ситуацією щедрості. Великій кількості дітей (53% %) складно було абстрагуватися від ситуації, що демонструє жадібну поведінку однієї з героїнь картинки, та побачити протилежну їй поведінку, яку демонструють дві інші героїні.

Діти з високим рівнем розвитку когнітивного компонента моральної свідомості, кількість яких становила 33.33% у контрольній і 13.3% в експериментальній групі, характеризувалися такими особливостями:

- діти впоралися з усіма представленими моральними ситуаціями, при цьому, не тільки давши оцінку тому чи іншому вчинку, а й пояснюючи їхні причини;

- характерною особливістю цієї групи було те, що ця категорія дітей оперувала моральними категоріями;

- складність виникла лише в третини випробовуваних, яка проявилася в неправильному тлумаченні картинки, де діти почали грати в м'яч, тоді як героїня, проявивши до цього жадібність, залишилася сама.

Узагальнивши результати цієї методики, можемо зробити такі висновки: Діти з ОМЗ безпомилково визначають цінності навчання, правила поведінки в громадських місцях, правила поведінки з однолітками.

Дітьми зОМЗ краще засвоєні позитивні моральні якості, і гірше протилежні їм. Це, на наш погляд, є наслідком того факту, що виховні заходи з боку переважної кількості дорослих спрямовані на те, як треба поводитися, при цьому пропускаючи елемент усвідомлення дитиною своєї поганої поведінки.

Найбільш суперечливу емоційну реакцію дітей викликали моральні ситуації, що демонструють такі якості, як неохайність і щедрість. Велика кількість дітей симпатизувала героїні, яка чепурилася і не звертала уваги на безлад у кімнаті та розірвані книжки. Крім цього, інша картка з героїнею, яка

залишилася осторонь після того, як проявила жадібність по відношенню до друзів, також викликала в багатьох співчуття. Останнє свідчить про не подоланий егоцентризм більшості дітей цього віку.

Крім цього, однією з дивовижних особливостей було те, що на зображенні, яке виявляє таку моральну норму, як акуратність, більшість дітей впізнавали - прагнення до навчання. Цей факт, на наш погляд, можна пояснити тим, що: кількість дітей, які відвідують різні студії, курси раннього розвитку, за останні роки дуже зросла. Батьки прагнуть почати навчати дітей якомога раніше, однак, такі розумові перевантаження завжди чимось компенсуються. У нашому дослідженні була виявлена така компенсація, за рахунок розвитку навичок самообслуговування. На думку вихователів підготовчих груп, і за спостереженнями вчителів початкової школи, нині діти дуже опікувані в побутовому плані, внаслідок чого на такі цінності, як акуратність, неохайність, вони перестають звертати увагу.

Таблиця 3.16.

Соціометрична матриця від жовтня 2023 року на 2 етапі після соціально-реабілітаційної роботи з дітьми.

№ П.І.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.Костя Т.	0	<u>2</u>	3							1									
2.Марія П.*	<u>1</u>	0	<u>3</u>				2												
3.Вікторія Ж.		<u>2</u>	0		3					<u>1</u>									
4.Руслан К*	3			0											2				<u>1</u>
5.Софія Т.					0	<u>2</u>						<u>1</u>					3		
6.Артем С.*			2		<u>1</u>	0	3												
7.Іван Д.				1			0		2			<u>3</u>							
8.Влад С.						3	2	0											1
9.Світланка К.	2				1				0							3			
10.Настя Д.*			<u>1</u>			2	3			0									
11.Данило Р.											0					2		<u>1</u>	3
12.Анна Р.					<u>3</u>		<u>1</u>					0		2					
13.Сергій С.			2				1						0						3
14.Ксенія Ж.									1					0			3	2	
15.Павлик Р.*															0	1	3	2	
16.Стас О.					2	1										0	<u>3</u>		
17.Іван С.							2									<u>3</u>	0	<u>1</u>	
18.Катя С.*											<u>3</u>					1	<u>2</u>	0	

Продовження таблиці 3.16

19.МикитаК*				<u>1</u>												3	2	0	
Число отриманих х виборів	3	2	5	2	5	4	7	0	2	2	1	2	0	1	1	5	6	6	3
Число взаємних виборів	1	2	2	1	2	1	1	0	0	1	1	2	0	0	0	1	2	2	1

Отримані результати можна пояснити тим, що соціально-реабілітаційна програма націлена на розвиток комунікативних можливостей шляхом включення дітей у різні види ігрової діяльності.

Таблиця 3.17.

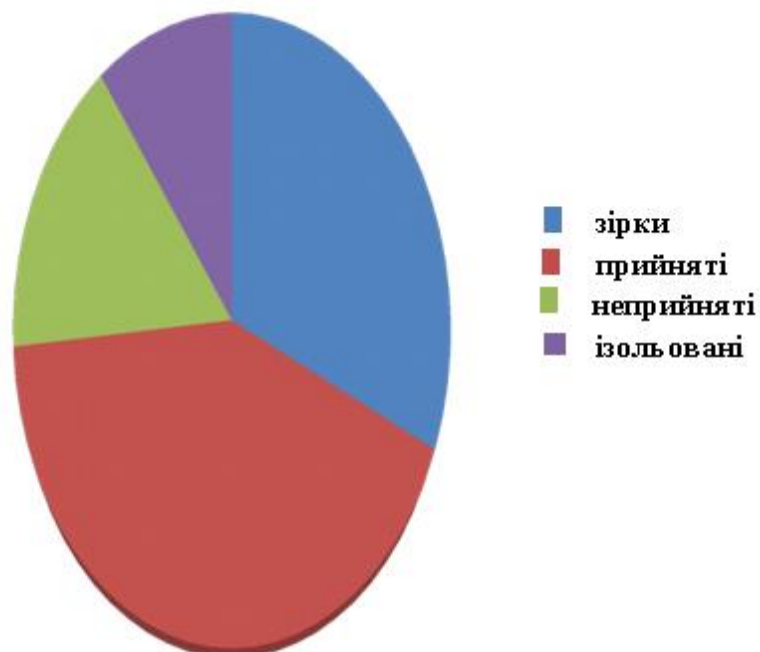
Підсумки соціометрії після 2 етапу діагностики.

Статус дитини	Ім'я дитини
1.«Зірки»	1. Іван С. 2. Стас О. 3. Вікторія Ж. 4. Катерина С.* 5. Іван Д. 6. Софія Т.
2.«Прийняті»	1. Костя Т. 2. Руслан К.* 3. Марія П.* 4. Артем С.* 5. Настя Д.* 6. Світлана К. 7. Анна Р. 8. МкитаК*
3.«Неприйняті»	1. Данило Р. 2. Ксенія Ж. 3. Павлик Р.*
4.«Ізольовані»	1. Влад С. 4. Сергій С.

(«Зірки» + «Прийняті» = 14) > («Неприйняті» + «Ізольовані» = 5)

«Індекс ізольованості» = 10.5% - це відсоток дітей, які опинилися в групі ізольованих. (У нормі цей відсоток не повинен перевищувати 20%).

З таблиці 3.17. видно, що більша кількість дітей з ОМЗ (відмічені *), перемістилися в категорію «Прийняті», що і свідчить про сприятливу реабілітацію та ефективність комплексної програми Центру надання соціальних послуг.



Діаграма 3.4. Підсумки соціометричного дослідження після проведення соціально-реабілітаційної роботи.

Таблиця 3.18.

**Розрахунок Т-критерію Вілкоксона в експериментальній групі
рівень соціальної реабілітації після експерименту**

№	До	Після	Зсув ($t_{\text{після}} - t_{\text{до}}$)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	50	98	48	48	15.5
2	50	91	41	41	10
3	58	92	34	34	7
4	45	70	25	25	4
5	65	92	27	27	5
6	22	64	42	42	11.5
7	7	71	64	64	17.5
8	14	50	36	36	9

Продовження таблиці 3.18

9	7	51	44	44	13.5
10	7	71	64	64	17.5
11	7	51	44	44	13.5
12	7	42	35	35	8
13	0	85	85	85	19
14	0	92	92	92	20
15	29	77	48	48	15.5
16	36	21	-15	15	3
17	58	100	42	42	11.5
18	86	100	14	14	1.5
19	72	100	28	28	6
20	72	58	-14	14	1.5
Сума рангів нетипових зсувів:					4.5

Результат: $T_{Emn} = 4.5$

Критичні значення T при $n=20$

n	TKp	
	0.01	0.05
20	43	60

Виходячи з розрахунків T -критерію Вілкоксона, можна говорити про ефективність комплексної програми соціальної реабілітації.

Таблиця 3.19.

Психічні показники після проведення соціально-реабілітаційної програми представлені в розрахунках T - критерію Вілкоксона, в ЕГ.

№	До	Після	Зсув ($t_{\text{після}} - t_{\text{до}}$)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	114.62	120.93	5.31	5.31	8
2	21.18	23.74	2.56	2.56	6
3	11.98	14.34	2.36	2.36	5

Продовження таблиці 3.19

4	4.49	6.05	1.56	1.56	2
5	25.03	28.66	-19.37	19.37	10
6	4.03	6.03	2	2	4
7	21.55	25.03	3.48	3.48	7
8	7.50	9.28	-1.22	1.22	1
9	103.0	120.9	7.9	7.9	9
10	6.73	8.40	1.67	1.67	3
Сума рангів нетипових зсувів:					11

Результат: $T_{\text{Емп}} = 11$

Критичні значення T при $n=10$

n	$T_{\text{кр}}$	
	0.01	0.05
10	5	10

Таблиця 3.20.

Психічні показники після проведення соціально-реабілітаційної програми представлені в розрахунках T - критерію Вілкоксона, у КГ.

№	До	Після	Зсув ($t_{\text{після}} - t_{\text{до}}$)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	6.82	9.50	0.68	0.68	8
2	14.34	16.86	-0.48	0.48	6
3	6.05	8.86	-0.19	0.19	4
4	5.66	7.68	0.02	0.02	2
5	4.03	8.61	0.58	0.58	7
6	25.03	34.18	-0.85	0.85	10
7	6.28	9.27	-0.0100000000000000 1	0.0100000000000000 1	1
8	11.23	15.20	-0.0300000000000000 1	0.0300000000000000 1	3

Продовження таблиці 3.20

9	13.18	16.48	1.3	1.3	12
10	7.24	9.62	0.38	0.38	5
11	7.20	10.20	1	1	11
12	8.28	9.47	-0.81	0.81	9
Сума рангів нетипових зсувів:					33

Результат: $T_{Emp} = 33$

Критичні значення T при $n=12$

n	T_{Kp}	
	0.01	0.05
12	9	17

Виходячи з розрахунків, можна говорити про ефективність корекційної програми з адаптивної фізичної культури.

Таблиця 3.21.

Рівень позитивної динаміки в КГ після проведеної реабілітації, дані розрахунків у розрахунках T - критерію Вілкоксона.

№	До	Після	Зсув ($t_{Після} - t_{До}$)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	73.0	0	-73	73	10
2	44	0	-44	44	9
3	36	8	-28	28	7
4	44	14	-30	30	8
5	6	8	2	2	4
6	22	22	0	0	0
7	9	8	-1	1	2
8	5	8	3	3	5.5
9	7	8	1	1	2
10	32	35	3	3	5.5

Продовження таблиці 3.21

11	8	8	0	0	0
12	7	8	1	1	2
13	15	15	0	0	0
Сума рангів нетипових зсувів:					36

Результат: $T_{E_{MH}} = 36$

Критичні значення T при $n=10$

n	$T_{кр}$	
	0.01	0.05
10	5	10

З розрахунків методів математичної статистики T - критерію Вілкоксона, ми спостерігаємо значні зміни в КГ, а в ЕГ позитивна динаміка підтверджується, отже ефективність комплексної програми соціальної реабілітації доведена.

Таким чином, результати констатувального етапу дослідно-експериментальної роботи засвідчили, що відмінностей між дітьми в контрольній та експериментальній групі за показниками соціальної реабілітації дітей та молоді з ОМ позитивно різняться. Діти як контрольної, так і експериментальної груп загалом відповідають середньому рівню реабілітації, у середньому групи приблизно гомогенні.

Високий рівень показала третина дітей з ОМЗ з експериментальної групи, що свідчить про важливість системного здійснення роботи з соціальної реабілітації на основі комплексної програми соціальної реабілітації, запропонованої КУ «Центром наданн соціальних послг»

Висновки до розділу III

Проблема соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я залишається однією з найскладніших, що вимагають від суспільства не тільки її розуміння, а й участі в цьому процесі багатьох спеціалізованих установ і структур. Соціальна реабілітація є не тільки лікуванням і поліпшенням стану здоров'я, а й процесом, спрямованим на досягнення людиною максимальної самостійності та готовності до незалежного й рівноправного життя в суспільстві.

Актуальність нашого дослідження зумовлена підвищеною потребою дітей та молоді з ОМЗ у соціальній реабілітації, тому що ця категорія населення є більш вразливою, і потребує до себе більшої уваги, турботи та догляду; потребою виявлення наявних проблем у сфері соціальної реабілітації, це необхідно для того, щоб запобігти їхньому збільшенню і з'ясувати, які заходи потрібно здійснити для стабілізації становища, адаптації дітей та молоді з ОМЗ у соціумі.

В експерименті взяло участь 30 учасників дослідження, клієнтів КУЦНСП Ренійської міської ради, – діти з ОМЗ. Наше дослідження практики соціальної реабілітації Центру пов'язане з тим, що ця установа працює з дітьми та молоддю з ОМЗ за інноваційними технологіями, які детально представлені у Комплексній програмі соціальної реабілітації Центру. Метою дослідження було отримання інформації ефективності впровадження інновацій для підвищення рівня соціальної реабілітації осіб з ОМЗ. Було проведено кількісний і якісний аналіз за підсумками анкетування, результати якого представлено в роботі. Доведено, що умови успішної соціальної реабілітації осіб з ОМЗ, які реалізуються на базі Центру, дотримані більшою мірою, ніж в освітніх організаціях, які реалізують інклюзивну практику. Цей висновок пов'язаний з тим, що соціальний супровід осіб з ОМЗ в Україні перебуває на етапі трансформації, із залученням передових практик з соціальної реабілітації.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Діти та молодь з обмеженими можливостями здоров'я є особливою соціально незахищеною групою населення. Особливості юнацького здоров'я та розвитку суттєво впливають на формування дитячої інвалідності. Організація роботи із соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я є дуже актуальною, тому що в Одеській області, як і загалом в Україні, не припиняється зростання дитячої інвалідності, що вимагає особливих заходів із профілактики та соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я. Ця проблема має практичну значущість, яка полягає в оптимізації соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я у, розширенні форм і методів соціальної допомоги їм.

У результаті проведеного науковго дослідження було реалізовано мету, розв'язано поставлені завдання і підтверджено висунуту гіпотезу.

1. Ми проаналізували теоретичні та правові основи соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Нині категорію дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я доцільно розглядати як соціальну проблему, пов'язану з наявністю структурних порушень, зумовлених зовнішніми та внутрішніми чинниками, недуг або ушкоджень, що можуть призвести до втрати або недосконалості розвитку навичок, необхідних для деяких видів діяльності, а зрештою – до соціальної дезадаптації або сповільненої. Багатогранність і складність феномена обмежених можливостей здоров'я дітей зумовили неоднозначність оцінки його в науковій літературі та створення соціальної, медичної та правової моделей дитячої інвалідності.

Статусна позиція осіб з ОМЗ визначається наявністю соціальних бар'єрів з боку суспільства, що сповільнюють процес їх та включення в соціум, маргіналізацією цієї групи населення. У зв'язку з цим актуальною є проблема адаптації дітей з обмеженими можливостями до реалій сучасного українського суспільства. Зростання чисельності дітей та молоді з обмеженими

можливостями супроводжується пошуком шляхів вирішення основних проблем цієї групи населення, створення для них безбар'єрного середовища життєдіяльності, а також форм їхньої трудової адаптації. Водночас очікування цієї групи населення не завжди узгоджуються з умовами дійсності, яка не може задовольнити всі потреби дитини з обмеженими можливостями та сім'ї, в якій вона проживає. Зміст і пріоритетність заходів державної соціальної політики щодо дітей з обмеженими можливостями перебувають у прямому зв'язку із загальною стратегією соціально-економічного розвитку країни і фінансовими можливостями держави. Але через відсутність спеціальних пристосувань, навчальні заклади не в змозі прийняти на навчання дітей з обмеженими можливостями, що ускладнює їхню подальшу соціалізацію як суб'єктів суспільної взаємодії

2. Нами було вивчено особливості соціальної адаптації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я з використанням інноваційного підходу та технології соціальної реабілітації. Ресурсна незабезпеченість соціальної політики і соціального захисту дітей з ОМЗ та у КУ «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської ради Одеської області, зокрема, у поєднанні із соціокультурною диференціацією цієї групи населення ускладнюють розроблення та реалізацію оптимальної соціальної політики. Тому основні стратегії та форми державної політики щодо розв'язання соціальних проблем дітей з обмеженими можливостями нині забезпечують лише задоволення елементарних життєво важливих потреб. Повне ж включення дітей та молоді з ОМЗ у суспільство потребує додаткового фінансування для їхнього навчання, отримання професії та працевлаштування. Під час розроблення стратегії та форм розв'язання соціальних проблем дітей та молоді з обмеженими можливостями важливо враховувати регіональні особливості та соціально-демографічні зміни, які вимагають нестандартного, інноваційного, підходу до реалізації соціальної політики, спрямованої на використання трудового потенціалу соціально адаптованих та включених у суспільство дітей та молоді з обмеженими можливостями.

3. Ми провели експериментальне дослідження з вивчення способу соціальної реабілітації дітей та молоді, апробувавши Комплексну програму з соціальної реабілітації осіб з ОМЗ КУ ЦНСП Ренійської міської ради, викладено заходи щодо вдосконалення процесу реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я та обґрунтовано їх ефективність.

Успішній соціальній реабілітації дітей та молоді з ОМЗ перешкоджають неповною мірою реалізовані заходи з охорони здоров'я, навчання та профорієнтації, слабка поінформованість таких дітей про можливі методи реабілітації, пріоритети соціальної політики, пільги, що надаються державою. Для найефективнішої адаптації дітей з обмеженими можливостями необхідне розроблення соціально – диференційованої державної та регіональної політики з урахуванням фізіологічних, вікових, психологічних та інших особливостей цієї групи населення країни та регіону. Реалізація інновацій у соціальній політиці з охорони здоров'я та реабілітації з урахуванням зростання чисельності дітей та молоді з ОМЗ може сприяти пом'якшенню соціально-демографічної ситуації в українському суспільстві, сприяти прискоренню її соціально-економічного розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ

- Агарков О. Технології соціальної роботи. Запоріжжя. АТ «Мотор-Січ». 2018. 487 с.
- Байда Л.Ю. Формування політики раннього втручання: тренінговий модуль. Київ. Освіта. 2017. 62 с.
- Батенко В. В. Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями. *Дисертація кандидата наук*. Одеса. 2019. 487 с.
- Білоус В. М. Соціально-педагогічні умови реалізації моделі комплексної медико-психологопедагогічної реабілітації дітей-інвалідів у Луганській області. *Ціннісні пріоритети освіти у XXI столітті: інноваційний розвиток освітніх систем*. 2017. №3. С.235–238
- Більська О.В. Новації та інновації в процесах соціального інновування і механізм їх формування в перехідній економіці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки*. 2020. Вип.13(1). С.34–39.
- Бовкуш К. Готовність педагога до інклюзивної освіти. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. Вип.4 (48). С. 3–9.
- Бриндіков Ю.Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Хмельницький. Поліграфіст. 2018. 372 с.
- Будник О. Інклюзивне навчання соціально-педагогічний контекст проблеми. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2017. Том 1 № 13. С. 72-81.
- Бурова Г. В. Життєві стратегії студентської молоді з функціональними обмеженнями здоров'я: соціологічні аспекти. *Дисертація кандидата наук*. Харків. 2021. 520 с.
- Виготський Л. С. Педагогічна психологія. Москва. Педагогіка. 1967. 479 с.
- Горемікіна Ю.В. Інноваційні практики соціальної роботи з вразливими групами населення в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2020. № 3 (41). С.91–113.

- Грищенко С. В., Михієнко Л. П. Соціальна реабілітація дітей з особливими освітніми потребами. *Соціальна робота в Україні*. 2023. № 7. С. 143-151.
- Гусак Н. Соціальна реабілітація в соціологічному дискурсі: інституційний підхід. *Соціальні виміри суспільства*. 2021. №3 (14). С.175–186.
- Гусак Н.Є. Соціальна реабілітація: підходи до визначення поняття. *Соціальна політика та соціальна робота*. 2018. № 1. С.103-114.
- Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами. Суми. Університетська книга. 2019. 301 с.
- Дементьєва Н. Устинова Е. Роль і місце соціальних працівників в обслуговуванні інвалідів і літніх людей. Рівне. ПрАТ «Фенікс». 2017. 290 с.
- Єжова Т. Є. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів. Київ. Київський університет ім. Б. Грінченка. 2017. 284 с.
- Єфремова І.І. Особливості визначення міжнародно-правового механізму захисту приватних прав. *Економіка, фінанси, право*. 2019. № 7/1. С. 41–44.
- Замашкіна О.Д. Основи соціальної реабілітації. ІДГУ. Ізмаїл. 2019. 193 с.
- Засенко В., Колупаєва А. Діти з особливими потребами: пріоритетні напрями державної політики України в галузі освіти, соціального захисту й охорони здоров'я. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2018. № 3 (71). С. 20 – 29.
- Іванова І. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів Київ. ДЦССМ. 2020. 218 с.
- Калашнікова Л. В. Проблеми соціального захисту інтересів сімей, що виховують дітей з інвалідністю. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи»*. 2018. Випуск 41. С. 49-55.

- Караман О. Розвиток інклюзивної освіти на засадах партнерства з батьками. *Історія та філософія освіти в незалежній Україні: здобутки і стратегії. Збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*. Переяслав-Хмельницький. 2020. С. 77-80
- Квітко Н. Соціально-психологічні особливості адаптації та реабілітації дітей обмеженими можливостями здоров'я. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 4 (108). С. 15-23.
- Керівництво Осло. 2018. Настанови щодо збору, представлення та використання даних про інновації. Видання 4-те. 273 с. URL: <http://surl.li/oouci>
- Клопота Є.А., Бондаренко В.Г. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти. Запоріжжя. ЗНУ. 2018. 114 с.
- Коломієць О., Деміденко Т. Соціальні проекти як інструмент впровадження інновацій в соціальній роботі. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота»*, 2023. №2(53). С. 61–66.
- Колупаєва А. А., Луценко І. В. Нормативний бюлетень: Аналіз міжнародного законодавства з питань інклюзивної. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2016. Вип. 11. С. 242-260.
- Колупаєва А. Спеціальна освіта в Україні та модернізація освітньої галузі. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2022. № 3. С. 7-11.
- Колупаєва А.А., Таранченко О.М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики». Київ. ТОВ «АТОПОЛ». 2016. 152 с.
- Коляда Н. Соціально-економічні засади підтримки людей з інвалідністю крізь призму професійної реабілітації. *Економічні горизонти*. 2019. Вип. 1 (8). С. 44–52
- Конвенція про права осіб з інвалідністю (Редакція від 06.07.2016) <http://surl.li/ooprl>

- Костєва Т.Б. Особливості технології проектування в соціальній сфері. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу Києво-Могілянська академія. Серія: Педагогіка*. 2016. Т.2. Вип.258. С.47–51.
- Кравченко В.М. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні. Київ. Фенікс. 2022. 167 с.
- Кравченко О. Соціальна реабілітація осіб з інвалідністю: погляд у минуле та перспективи сьогодення. *European humanities studies: State and Society*. 2017. № 2. С. 130–142.
- Леонтєв А. М. Проблеми розвитку психіки 4 вид. Москва. Педагогіка. 1978. С .193 – 218.
- Людквіст Л.Б. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Київ. Герб. 2017. 288с.
- Мартинюк В. Ю. Концептуальні засади допомоги дітям з обмеженням життєдіяльності. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 1. С. 6–16.
- Мартинюк Т. Основні складові соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Розділ III. *Актуальні питання теорії і практики спеціальної освіти та соціальної роботи. Педагогічний часопис Волині*. 2018. №4(11). С. 183-189.
- Милославська О.В. Взаємозв'язок стилю саморегуляції поведінки та типів інноваційного мислення у студентів. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна. Серія Психологія*. 2018. Вип. 64. С.33–37.
- Миронюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я. Основні проблеми доступності адекватного санаторно-курортного лікування для осіб з інвалідністю в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3/1 (51). С. 41-42.
- Мілейко О. О. Актуальні питання дітей із особливими освітніми потребами. Миколаїв. ОІППО. 2017. 32 с.

- Мішенкова В.В. Соціокультурна реабілітація дітей з особливими потребами. *Формування життєвої компетентності осіб з особливим освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти*. Збірник наукових праць Всеукраїнської науковопрактичної конференції. Луцьк.ФОП Пронькіна К.В. 2023. С.26-28.
- Мішкулинець О.О. Методичні рекомендації щодо специфіки роботи соціального педагога в інклюзивному середовищі школи. Мукачево. Друк-Прінт. 2019. 55 с.
- Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети. *Соціальний захист*. 2022. №11. С. 15-18.
- Набатова О.О. Соціальні інновації: поняття, види, суб'єкти. *Вісник Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого*. 2021. № 6. С.58–66.
- Нагорна О. Б. Особливості корекційно–виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. Рівне. Вид-во Маланець Н.О. 2016. 141 с.
- Николаєва В.І. Організаційне забезпечення системи соціальної роботи в Україні: Сучасні реалії. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія. Державне управління*. 2019. Том 30 (69). С. 131-137
- Овод Ю. Інноваційні технології у соціальній роботі. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні науки*. 2016. № 3. С. 175-184.
- Одинченко Л. К. Допомога аномальним дітям в Україні (X-XX ст). *Педагогіка і психологія*. 2017. №2. С.120-126
- Остролуцька Л.І. Навчальна програма «Надання допомоги людям з інвалідністю у разі виникнення /загрози виникнення надзвичайних ситуацій для працівників системи цивільного захисту, закладів пенітенціарної системи, охорони здоров'я, освіти та соціального захисту». Київ. Центр навчальної літератури. 2016. 18 с.

- Остролуцька Л.І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. *Педагогічний альманах*. 2022. Вип. 16. С. 242 – 247.
- Острянюк Т.С. Медико-соціальні проблеми людей з функціональними обмеженнями. Чернігів. ЧНТУ. 2018. 89 с.
- Охонько К. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми. Київ. Основа компанії. 2017. С. 74–75.
- Пилипенко А. А., Завгородній М., Мороз С. Трудові права осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Зарубіжний досвід. *Трибуна молодого науковця. Правова позиція*. 2019. № 4 (25). С. 230-236.
- Поляк О.В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. Збірник наукових праць. Київ. Університет «Україна». 2020. 448 с.
- Полякова О. Важковиховуваність. Сутність, причини, реабілітація. Київ. Університетська книга. 2019. 346 с.
- Пономаренко В.І. Реабілітація – складова здоров'я нації. *Сучасні медичні технології*. 2017. № 2/3. С. 136-138.
- Ревть А. Сутність та специфіка організації соціальної роботи з дітьми із функціональними обмеженнями. *Молодь і ринок*. 2016. № 8. С. 38-42.
- Русначенко В.В. Організація реабілітаційних заходів у центрі соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Київ. Міністерство праці та соціальної політики України. 2019. 97 с.
- Сапункова С.С., Піц Л.О. Медична і соціальна реабілітація: навчально-методичний посібник (І-ІІІ р.а.). Київ. «Медицина». 2018. 280 с.
- Сергеєнкова О.П., Столярчук О.А. та ін. Вікова психологія. Київ. Центр учбової літератури. 2020. 376 с. 4
- Слабкий Г. О., Шафранський В. В., Дудіна О. О. Інвалідність дітей як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення

ефективної реабілітації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 3 (69). С. 4-9.

Слабкий Г.О. Інвалідність як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 3. С. 4-9.

Слозанська Г. Зарубіжний досвід організації процесу професійної підготовки майбутніх соціальних працівників. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика: науково-методичний журнал*. 2019. № 1-2. С. 138-144.

Слозанська Г. І. Підготовка фахівців соціальної сфери до роботи у полікультурному просторі. *Рівність, лідерство, спілкування в європейських прагненнях української молоді: гендерний дискурс*. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практично. конференції. (Тернопіль, 5–7 жовтня 2019 р.). Тернопіль. ТНПУ ім. В. Гнатюка. 2019. С. 87-91.

Софій Н. З. Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами. Київ. Плянди. 2017. 66 с.

Соціальний захист населення України, статистичний збірник. Київ. ДП «Інформаційно-аналітичне агентство». 2017. 123 с.

Султанова Н. В. Реабілітаційні технології в системі соціальнопедагогічної роботи з особливими дітьми. Миколаїв: МНУ імені В.О.Сухомлинського. 2020. 102 с.

Супрун М.О., Висоцька А.В. Гладченко І.В. Соціалізація дитини з обмеженими розумовими можливостями в сучасному освітньому вимірі. Київ. Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. 2018. 205 с.

Сушик І. В. Етика та деонтологія соціального працівника. Луцьк. ІВВ Луцький НТУ. 2020. 188 с.

Таран А. Використання сучасних інклюзивних освітніх технологій у центрі соціальноосвітньої інтеграції та інклюзивного реабілітаційносоціального туризму «без бар'єрів». *Social Work and Education*. 2021. Vol. 8, No. 2. pp. 290-300.

- Татарінова К. Зарубіжний досвід правового регулювання працевлаштування осіб з обмеженими можливостями. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2017. Вип. 6. Т. 3. С. 73–75
- Татьянчикова І.В. Психолого-педагогічні основи дітей з вадами інтелектуального розвитку. *Дисертація доктора наук*. Київ. 2020. 485 с.
- Ткачук В., Єчкало Ю. Класифікація дітей з особливими освітніми потребами. *Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації*. 2023. №8. С. 91-93
- Харченко С., Краснова Н., Харченко Л. Соціально-педагогічні технології. Луганськ. Альма-матер. 2018. 552 с.
- Хаустова О.О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення. *НейроNEWS*. 2016. № 2. С. 25-29.
- Хміляр А. Соціальна робота з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного освітнього простору. *Збірник наукових праць за матеріалами VII Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Кропивницький. 2022. С. 155-159.
- Хохліна О. П. Проблема змісту базових категорій психології. *Юридична психологія*. 2017. № 1 (20). С.21-35.
- Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 2. Київ. 2018. 240 с.
- Чайковський М.Є. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з молоддю з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору. *Дисертація кандидата наук*. Старобільськ. 2016. 570 с
- Швед М. Основи інклюзивної освіти. Львів. Український католицький університет. 2018. 360 с.
- Шевцов А.Г. Особистісно орієнтовані освітні технології як системоутворювальний чинник комплексної соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. *Дидактичні та соціальнопсихологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі*. Вип. 8. Т.І. 2016 С.323-328.

Ясточкіна І. Інноваційні соціальні технології у роботі з дітьми та молоддю.

Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота». 2021. №2(49). С.245–248.

Ясточкіна І.А. Інноваційні соціальні технології у роботі з дітьми та молоддю.

Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2021. Вип. 2 (49). С.245–248.

ДОДАТКИ

Додаток А

**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА
СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ
КОМУНАЛЬНОЇ УСТАНОВИ ЦЕНТРУ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
РЕНІЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(ВИТЯГ)
2023 р.**

Соціально-психологічна допомога особам з функціональними обмеженнями - це складний процес, що потребує переорієнтації і, насамперед, у напрямі методики соціально-педагогічної і психологічної моделі соціальної роботи. У цьому питанні потрібний інтегральний підхід, що ґрунтується на координації роботи спеціалістів різного профілю (педагогів, психологів, лікарів, реабілітологів). Соціально-психологічну реабілітацію потрібно розглядати як цілісний та безперервний процес розвитку особистості.

Практика показала значне підвищення ефективності реабілітації при комплексності реабілітаційних заходів. Тому головним завданням колективу відділення соціально – психологічної реабілітації особам з функціональними обмеженнями (реабілітаційного центру «Еверест») є впровадження комплексної реабілітації та надання ефективних реабілітаційних послуг людям з обмеженими фізичними можливостями. Осмислюючи зміст і методи комплексної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями ми застосовуємо значно важливі аспекти психосоціальної реабілітації:

- психологічна реабілітація – компенсація і розвиток психічних функцій та особистості клієнта;
- соціальна реабілітація, спрямована на розвиток здатності до суспільного життя самореалізації в посильній праці, спілкування, громадській

діяльності;-фізична реабілітація

- фізичний розвиток клієнта – оволодіння навичками і пристосуваннями самообслуговування, які полегшують труднощі повсякденного життя з психофізичними обмеженнями, роблять її менш залежною від найближчого оточення;
- підготовки до самостійного життєзабезпечення та проведення заходів з працетерапії.

Одним із важливих методів соціальної роботи щодо діяльності з дітьми-інвалідами та молодими інвалідами є метод стимулювання прогресивної громадської думки стосовно формування в суспільстві позитивного й гуманного ставлення до цієї категорії дітей та молоді, їх сімей, створення атмосфери доброзичливості та розуміння їхніх проблем. Створення подібної системи досягається завдяки реалізації таких напрямів діяльності, як організація інформаційних кампаній з проблем інвалідності, проведення «круглих столів», конференцій, тематичних заходів, реалізація волонтерських програм «Дзвіночок» та «ЕВЕРЕСТ».

Особистість особи з інвалідністю розвивається у відповідності із загальними закономірностями розвитку дитини, а дефект, стан чи хвороба визначають вторинні симптоми (за Л. Виготським), що виникають опосередковано протягом аномального соціального розвитку. Хвороба, яка спричинює насамперед порушення в біологічній сфері людини, створює перешкоду для соціально-психологічного розвитку. Це стосується осіб з інвалідністю з дитинства з порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату, комплексними порушеннями психофізичного розвитку. У разі відсутності своєчасної допомоги відбуваються відхилення від стадії вікового розвитку, тобто особливості дизонтогенезу спричинено патологічним процесом у біологічному розвитку та його наслідками. Ось чому таке велике значення має соціально-педагогічна і психологічна допомога особам з інвалідністю.

Перебуваючи здебільшого у замкненому просторі, вони переживають

великий дефіцит соціальних контактів або, опинившись у змішаному колективі, стикаються із труднощами міжособистісних відносин. У їхній мові домінують слова: самотність, нездатність, неспроможність, марність життя. Багато осіб з інвалідністю, стикаючись з життям, втрачають впевненість у собі, в можливостях самореалізації, зокрема в особистісній сфері, створенні власної сім'ї і вихованні дітей. Основна закономірність, характерна для всіх категорій осіб з функціональними обмеженнями – це обмеження комунікативних можливостей внаслідок сенсорної, моторної і соматичної депривації.

Інвалідність - це проблема не лише людини, його сім'ї, але і найближчого оточення. Батьки, які доглядають за дитиною з функціональними обмеженнями, не можуть позбавитися почуття провини. У благополучних сім'ях дитину часто занадто опікують, не готують до самостійного життя, а в неповних або конфліктних сім'ях, навпаки, вихованню та навчанню таких дітей та догляду за ними не приділяють належної уваги. Батьки стикаються з проблемами, пов'язаними з установленням та підтримкою контакту, розв'язанням конфліктних ситуацій, особливо тих, що загрожують цілісності сім'ї. Наявність у сім'ї однієї дитини з явними ознаками інвалідності часто негативно позначається на житті інших дітей, на їх майбутньому шлюбі. Саме цим і пояснюються особливості соціально-педагогічної реабілітації осіб з інвалідністю.

Враховуючи сучасний поворот до гуманізму, існує реальна можливість домогтися покращення становища людей з інвалідністю, створити передумови відношення до них не як до немічних членів суспільства, а як до повноправних громадян своєї держави, як це спостерігається в розвинутих, цивілізованих країнах. Адже саме ставлення до жінок, дітей та інвалідів характеризує рівень морального здоров'я чи не здоров'я суспільства.

На державному рівні прийнято ряд нормативно-правових актів, що стосуються вирішення проблем людей з інвалідністю:

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»;
Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»;

Закон України «Про соціальні послуги»;

Постанова КМУ «Про затвердження положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів» від 23.05.2007р. № 757;

Постанова КМУ «Про затвердження порядку надання інвалідам та дітям- інвалідам реабілітаційних послуг» від 31.01.2007 р №80-2007-п;

Постанова КМУ «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» від 08.09.2005р. № 877;

Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту «Про утворення Державної соціальної служби для сім'ї, дітей молоді та спорту» від 27.08.2004р. № 1125;

Наказ «Про впорядкування умов оплати праці працівників притулків для неповнолітніх служб у справах неповнолітніх, центрів соціально-психологічної допомоги, соціально-психологічної реабілітації дітей, соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціальних гуртожитків, соціальних центрів матері та дитини» від 06.03.2006 №794;

Наказ Міністерства України у справах сім'ї молоді та спорту « Про затвердження Типових штатних нормативів працівників центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціального гуртожитку, соціального центру матері та дитини» від 06.10.2005р № 2280;

Наказ Міністерства України у справах сім'ї молоді та спорту «Про затвердження Типових нормативів оснащення» від 04.02.2006 № 299;

Наказ Міністерства України у справах сім'ї молоді та спорту «Про затвердження нормативів харчування у центрі соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» від 19.08.2009 №2948;

Наказ Міністерства соціальної політики України «Про умови оплати праці працівників закладів соціального захисту дітей і закладів соціального

обслуговування» від 18.05.2015 р. №526;

Наказ Міністерства соціальної політики України «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства соціальної політики України» від 01.06.2016р. № 610.

Рішенням 10 сесії Ренійської міської ради 8 скликання від 01.06.2023 року створено комунальну установу «Центр надання соціальних послуг» Ренійської міської ради, в якій одним із підрозділів є відділення соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями (реабілітаційний центр «Еверест»).

Мета діяльності реабілітаційного центру «Еверест» – створення умов для реабілітації та інтеграції осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю в суспільство; здійснення заходів, спрямованих на розвиток та коригування порушень розвитку особи– інваліда, навчання її основним соціальним та побутовим навичкам, розвиток здібностей; усунення соціального бар'єру між здоровими та особами з інвалідністю. Але найголовніше це те, що особи з інвалідністю спілкуються з однолітками, звикають до навколишнього середовища, отримують належний для свого віку обсяг знань.

Основні напрямки роботи:

- надання психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, юридичних та інформаційних послуг особам з функціональними обмеженнями і членам їх сімей;
- створення сприятливих умов для розвитку природних позитивних нахилів, творчих здібностей і самовираження особам з функціональними обмеженнями;
- формування готовності для самостійного життєзабезпечення та праці;
- входження у суспільство з власним умінням, усвідомлення власної гідності;

- формування громадянської позиції і виховання морально-здорового покоління.

Центр, відповідно до покладених завдань:

- забезпечує розроблення та виконання індивідуальних реабілітаційних планів супроводу;

- залучає батьків до співпраці в процесі реабілітації, дає їм методичні поради;

- організовує клуби за інтересами, проводить конкурси, фестивалі;

- організовує проведення для осіб з інвалідністю, що в ньому перебувають, заходи, спрямовані на успішну реабілітацію та інтеграцію в суспільство;

- здійснює лікувально-оздоровчі заходи та організовує медичне обстеження

клієнтів і, у разі необхідності, надає невідкладну допомогу;

- направляє, у разі необхідності, осіб, які звернулися до Центру, до інших закладів та установ, що можуть забезпечити задоволення їх потреб;

- забезпечує 6-ти годинне перебування;

- забезпечує одноразове харчування;

- не забезпечує транспортне перевезення.

В залежності від потреб та обмежень отримувачів послуг, спеціалісти здійснюють:

- інтенсивний супровід та догляд;

- постійний супровід та догляд;

- періодичний супровід та догляд.

Інтенсивний догляд і супровід особам з важкими порушеннями опорно- рухового апарату, що не пересуваються самостійно – візочникам (внаслідок складних форм ДЦП, спастичних тетрапарезів, гіперкінезів і ін.), і мають 2 і 3 види обмежень основних категорій життєдіяльності людини: у самообслуговуванні, пересуванні, орієнтації, спілкуванні, контролі своєї

поведінки. Міра їх потреби в сторонній допомозі – повна, вони потребують постійної фізичної допомоги (при переміщенні, пересуванні візка, одяганні і роздяганні, туалеті, їжі та інше). Кількість персоналу повинна виходити з розрахунку не менш одного супроводжуючого на 2-х інвалідів.

Постійний супровід та догляд Для осіб з легкими порушеннями опорно- рухового апарату та розумовими вадами, порушеннями довільної регуляції поведінки (із проявами самоагресії, крику, «польової» поведінки та ін.), що мають один-два види обмежень життєдіяльності, вимагає постійного контролю з боку спеціаліста. Міра потреби в сторонній допомозі може бути часткова або повна. Кількість персоналу повинна виходити з розрахунку не менш одного супроводжуючого на 4-х осіб з інвалідністю, якщо міра потреби в сторонній допомозі висока, то кількість супроводжуючих збільшується.

Періодичний супровід та догляд. Для осіб із легкою, помірною або важкою розумовою відсталістю, що поєднується з менш вираженими проявами життєобмежень, що не вимагають постійної допомоги і контролю з боку дорослих. Ці люди потребують допомоги час від часу (при пересуванні в незнайомому середовищі, при засвоєнні нових навиків чи норм поведінки). Один супроводжуючий обслуговує до 8 чоловік.

Спеціалісти КУ «ЦНСП» Ренійської міської ради постійно займаються пошуком і впровадженням інноваційних методик та терапій реабілітації: гудзикотерапія, пальчикова терапія, танцювальна терапія, пісочна терапія, монтесорі-терапія, квілінг, оригамі, тістопластика, папье-маше, декупаж, сміхотерапія, ниткографія, скрапбукінг, методика паперокручення, ниткографія, фіш-терапія, техніка хендмейд, казкотерапія, музикотерапія, методика кондуктивної педагогіки і т.д.

Колектив працівників постійно залучає батьків (опікунів) до співпраці в процесі реабілітації, дає їм методичні поради, організовує заняття у програмі

«Батьківська вітальня», батьківської школи на теми: «Потреби та інтереси осіб з інвалідністю. Чи знаємо та розуміємо ми їх?», «Крок за кроком до розуміння».

З метою створення сприятливих умов для розвитку природних позитивних нахилів, творчих здібностей і самовираження дітей та молоді з функціональними обмеженнями, отримувачі послуг центру приймають участь у міському та обласному фестивалях «Повір у себе», в міських та обласних мистецьких, культурних та спортивних заходах, турнірах, змаганнях.

1. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Мета: Вивчення особистісного потенціалу, а саме: співвідношення рівня розумового розвитку клієнта і вікової норми, розвитку когнітивної сфери, сформованості мотивації до навчання; особливості емоційно-вольової сфери; індивідуально-характерологічні особливості, їх творчий та інтелектуальний розвиток через залучення всіх учасників реабілітаційного процесу (батьків, педагогів, клієнтів) до реалізації запланованих дій щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання, соціалізація та адаптація; професійна орієнтація клієнтів. Спрямування колективу на створення умов, що сприяють зміцненню та збереженню психічного здоров'я клієнтів, самостійному та ефективному розвитку здібностей кожного отримувача соціальних послуг; здійснення психологічної діагностики, соціально-психологічної корекції, профілактики, психологічної просвіти всіх учасників реабілітаційного процесу.

Завдання програми:

- 1) Вивчення індивідуальних особливостей клієнтів, їх інтересів та потреб; виходячи з результатів діагностики, допомагати клієнтам у пізнанні власного характеру, боротьбі з негативними рисами, вихованні позитивних якостей;
- 2) Виявлення проблем та потенційних можливостей клієнтів на діагностичній основі (визначення стартової готовності до навчання, адаптованості до умов навчання, соціальної компетентності, готовності до трудової діяльності);
- 3) Створення оптимальних сприятливих умов для подолання

вторинних порушень;

4) Діагностування психологічних вікових новоутворень;

5) Здійснення психолого-педагогічних заходів з метою усунення відхилень у психічному розвитку та поведінці, схильності до залежностей та правопорушень;

6) Проведення індивідуальних спостережень, досліджень за дитиною з метою вивчення її індивідуальних особливостей, схильностей, інтересів та потреб, аналіз періоду адаптації;

7) Навчання клієнтів різноманітних предметно-практичних маніпуляцій із предметами різної форми, величини, кольорів;

8) Відпрацювання з клієнтами навичок самопізнання і самоаналізу, самокорекції і пошуку себе (саморозвитку), навички розуміння і прийняття іншої людини, вміння входити в її світ, навички емпатії;

9) Надання психолого-педагогічної допомоги клієнтам із високим рівнем тривожності й невпевненістю у спілкуванні й діяльності; закріплення навичок ефективного спілкування, відпрацювання варіантів спілкування, необхідних в різних життєвих ситуаціях;

10) Відпрацювання різних варіантів вирішення конфліктних ситуацій, прийти з клієнтами до ідеї, що конфлікти можна вирішувати різними способами, обираючи найбільш доречні методи: психодрама, символдрама, НЛП, арт- терапія, тілесно зорієнтована терапія, біхевіоральна терапія;

11) Ознайомлення з проблематикою взаємостосунків у колективі, налагодження контактів, вивчення контингенту клієнтів, батьків, аналіз звернень;

12) Здійснення психокорекційної роботи, враховуючи три площини – когнітивну, емоційну і поведінкову;

13) Виявлення ресурсу кожного учасника психокорекційного процесу в сфері самообслуговування та засобів спілкування;

14) Отримання зворотнього зв'язку щодо навичок подолання бар'єрів, які заважають ефективно взаємодіяти з іншими;

- 15) Удосконалення умінь орієнтуватися у просторі й у схемі тіла, як важливі для пізнання клієнтом навколишньої дійсності;
- 16) Розвиток впевненості у собі, позитивного самосприйняття, здатності до саморегуляції поведінки;
- 17) Психологічна профілактика дезадаптації клієнтів в складних умовах перебудови сучасного суспільства;
- 18) Організація роботи з клієнтами девіантної поведінки з використанням новітніх виховних технологій;
- 19) Попередження суїцидальної поведінки клієнтів, насильницьких дій у родині та реабілітаційному закладі;
- 20) Налагодження співпраці з фахівцями, які безпосередньо працюють з клієнтом та беруть участь у розробці індивідуальної програми розвитку з урахуванням виявлених особливостей отримувача соціальних послуг, участь у складанні індивідуальної програми супроводу клієнта;
- 21) Вивчення типологічних особливостей клієнтів враховуючи силу, рухливість і врівноваженість нервових процесів на підставі поведінкових реакцій;
- 22) Забезпечення емоційного комфорту (спокійне неупереджене ставлення оточуючих, відмова від «ярликів» і стереотипних реакцій на адресу клієнта);
- 23) Залучення до колективної діяльності на заняттях, забезпечення участі в різних суспільних заходах, допомога в самовихованні, систематичне використання заохочень і покарань, роз'яснення й переконання у формі індивідуальних бесід;
- 24) Сприяння участі клієнтів Центру «Еверест» у суспільно-корисній діяльності, залучення їх до культурно-освітньої, профілактично-виховної, спортивно-оздоровчої, творчої роботи;
- 25) Створення атмосфери прийняття клієнта, можливості переживання нею почуття власної гідності, емпатії, розширення можливості клієнта до самоконтролю і саморегуляції;

26) Попередження відхилень у розвитку та становленні особистості, міжособистісних стосунках; попередження конфліктних ситуацій;

27) Профілактика адиктивної поведінки (алкоголізму, тютюнопаління, наркозалежності, ігроманії тощо); профілактика делінквентної поведінки (схильності до злочинних дій);

28) Формування усвідомленої потреби в психологічному здоров'ї.

Практичним психологом проводяться заняття з психокорекції на покращання когнітивного розвитку, використовуючи розвиваючі ігри з метою контролювання своєї поведінки, стабілізація емоційного стану тощо: снюзелен-терапія-розвиток органів чуття та мілкої моторики, на яких за допомогою казкотерапії, музикотерапії, піскотерапії, ігротерапії, психогімнастики, психом'язової релаксації, психологічних тренінгів, арт-терапії формують адекватні стереотипи поведінки, розвивають психічні процеси, вчать розрізняти кольори, розміри, форму, смак та запахи тощо.

2. ПРОГРАМА «Я І СОЦІУМ»

Мета: Формування у отримувачів соціальних послуг цілісного сприйняття та уявлення предметів і явищ навколишньої дійсності, яке відображає важливі зв'язки та залежності між об'єктами, а саме формування знань про навколишню дійсність, необхідних для усвідомлення своєї приналежності до природи і суспільства; формування уявлення про живу і неживу природу; створення елементарної бази для засвоєння різних видів соціального досвіду, морально-правових норм, традицій тощо; корекційний розвиток пізнавальної діяльності; формування навичок самообслуговування та охайності.

Завдання програми:

1) Ознайомлення отримувачів соціальних послуг з близьким оточенням, побутовими предметами, формування передумови сприйняття оточуючого середовища;

2) Формування та розширення елементарних знань про предмети і явища живої та неживої природи, про сезонні зміни в природі;

- 3) Формування загальних уявлень про суспільство і місце в ньому людини;
- 4) Ознайомлення клієнтів з основами екологічних знань;
- 5) Формування навичок, що необхідні для збереження та зміцнення особистого здоров'я;
- 6) Навчання вмінню спостерігати, виділяти предмет чи явище від загального, порівнювати, співвідносити, робити висновки, відповідати на запитання;
- 7) Формування у клієнтів морально-етичних навичок поведінки, виховання працелюбності, любові та поваги до Батьківщини, природи, до українських звичаїв, традицій.

3. ПРОГРАМА «МАЙСТЕРНЯ ТВОРЧОСТІ»

Мета:

- **навчити** правильно організувати своє робоче місце, раціонально використовувати матеріал, удосконалювати вміння та навички роботи з папером, актуалізувати загальні правила безпечної трудової діяльності, формувати життєво необхідні знання, уміння і навички забезпечення умов для самореалізації, вироблення навичок творчої діяльності, виховання культури праці;
- **розвивати** вміння користуватися різними інструментами, творчу активність в процесі діяльності, волюваті якості, фантазію, мислення, уяву, дрібну моторику рук; художній смак, пізнавальні інтереси, образне, технічне мислення, вміння складати композиційну цілісність, комбінувати ; розвивати кругозір, творчість; удосконалювати вміння аналізувати та узагальнювати;
- **виховувати** естетичні почуття і смак, систему моральних і духовних цінностей, охайність, старанність, самостійність, працелюбність, відповідальність за доручену справу; взаємодопомогу; бережне ставлення до продуктів своєї та чужої діяльності, любов до природи.

Завдання програми:

- 1) Розвиток пізнавальних можливостей клієнта, спрямований на розширення знань про традиції українського народу, трудові звичаї, природу рідного краю;
- 2) Ознайомлення та залучення отримувачів соціальних послуг до різних видів діяльності, формування необхідних для цього знань і вмінь, навчання клієнтів способів поведінки з різноманітними засобами праці;
- 3) Корекція пізнавальних та творчих можливостей клієнта, розвиток сприймання та сенсорних властивостей;
- 4) Створення умов для самореалізації, з урахуванням власних здібностей, уподобань та інтересів;
- 5) Формування у клієнтів культури праці, навичок самообслуговування, культури побуту, відповідальності за результати власної діяльності, комплексу особистісних якостей, потрібних людині як суб'єкту сучасного культурного розвитку суспільства;
- 6) Сприяння розвитку технічної творчості та конструкторських здібностей, морально-вольових якостей, культури праці. На заняттях і на практиці ознайомлювати клієнтів з різними професіями;
- 7) Формування інтересу до виготовлення творчих виробів, дбайливе ставлення до результату людської діяльності, виховання культури та естетики праці.

4. ПРОГРАМА «АРТ- ТЕРАПІЯ»

Мета: Створення атмосфери позитивного емоційного настрою, взаємного прийняття та емпатії, доброзичливості, безпеки, взаємодопомоги; можливості вільного самовираження та самопізнання; спонукання кожного учасника до саморозкриття через спонтанну творчість, до вираження відносин і емоційних реакцій, обговорення запропонованих тем, до надання зворотнього зв'язку, самоаналізу і аналізу групових ситуацій; підвищення адаптаційних здібностей, зниження втоми та напруженості; формування

значущих групових норм взаємодії, розвиток соціалізації, поліпшення міжособистісних відносин.

Методи арт-терапії мають кілька функцій:

- Катарсична (очищаюча, звільняє від негативних станів);
- Регулятивна (зняття нервово-психічної напруги, регуляція психосоматичних процесів, моделювання позитивного стану);
- Комунікативно-рефлексивна (забезпечує корекцію порушень спілкування, формування адекватного міжособистісного поведінки, самооцінки).

Завдання програми:

- 1) Створення арт-терапевтичного простору особливої довірливої атмосфери, прийняття будь-яких своїх почуттів, думок, потреб;
- 2) Корекція та розвиток пізнавальних процесів, моторної, когнітивної, мотиваційної сфери та сенсорних властивостей;
- 3) Формування емоційної сфери, спонукання до подальшого розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем, покращення соціальної адаптації клієнтів;
- 4) Полегшення загального процесу реабілітації, усунення внутрішніх суперечностей та конфліктів;
- 5) Формування активної життєвої позиції, впевненості у своїх силах, ав- тономності і особисті межі;
- 6) Налагодження творчого спілкування; розвиток творчого потенціалу;
- 7) Отримання візуалізованих матеріалів, які відображають внутрішній світ людини, які надають можливість вираження думок, почуттів, емоцій, потреб, станів, як і будь-яка творчість, дає високий позитивний емоційний заряд;
- 8) Уміння використовувати здобутий досвід, спиратися на зразок, бачити свої помилки та виправляти їх;
- 9) Розвиток почуття самодостатності, підвищення самооцінку;

Різновиди арт- терапії:

1. Робота з тістом, тістопластика передбачає корекцію рухової можливості дитини, корекцію пізнавальних і творчих можливостей дитини; підкріплення отриманих знань мовленнєвим матеріалом, виробами їхньої власної діяльності, з опорою на всі аналізатори.

2. Аплікаційна діяльність (різана аплікація, аплікація з природного матеріалу, аплікаційні вироби із соломи, витинанка) викликані позитивні емоції є важливим стимулом виховання праце терапії

3. Писанкарство активізує і збагачує комунікативні можливості особистості, розвиває інтерес до самотнього мистецтва української писанки, образну пам'ять, естетичні почуття.

4. Декоративно-прикладне мистецтво спонукає до позитивного емоційного стану, радості спілкування в праці, задоволення у зацікавленні клієнтів; розвиває сенсомоторику, мислення

5. Піскова терапія - розвиває тактильно - кінетичну чутливість і дрібну моторику рук. Пісок «поглинає» негативну психічну енергію людини, взаємодія з ним очищає енергетику людини, стабілізує її емоційний стан і гармонізує психоемоційне самопочуття.

6. Казкотерапія - животворне джерело мислення. Інтелектуальні, моральні та естетичні почуття, які народжуються в душі дитини під враженням казкових образів, стимулюють потік думки, що пробуджує до активної діяльності мозок, зв'язує повнокровними нитками живі острівці мислення.

7. Зображувальна діяльність має важливе значення для всебічного розвитку особистості, має корекційну спрямованість. Забезпечується перебудова пізнавальних процесів, розвивається цілеспрямованість.

8. Створення колажів із малюнків, фотографій, символів, природних матеріалів навчає дитину «спілкуватися» з навколишнім середовищем, формувати вміння співвідносити, розрізняти і називати кольори, спонукає до творчої самореалізації, корегує емоційно-особистісну сферу.

5. ГУРТОК «ВЕСЕЛЕ ТІСТЕЧКО»

Мета гуртка:

- **Корекційно-розвивальна** - розвиток і корекція всіх психічних функцій (сприйняття, уваги, мислення, уяви, зорової та рухової пам'яті, моторики і координації рухів).

- **Навчальна** - розширення знань і уявлень про самого себе, інших, навколишній світ, розкриття творчих здібностей клієнтів, вміння бачити незвичайне в предметі дослідження.

- **Розвивальна** - розвиток у клієнтів фантазії, креативності, естетичних почуттів: форми, ритму, кольору, пропорції.

- **Комунікативна** - розвиток вміння позитивного спілкування та співпраці.

- **Релаксаційна** - перетворення деструктивних форм енергії в соціально-адаптивну форму діяльності, зняття психоемоційної напруги.

- **Виховна** - розвиток моральних сторін особистості клієнтів, любові до праці, процесу творчості та пізнання, бажання займатися декоративно – прикладним мистецтвом.

Завдання гуртка:

- 1) Ознайомлення отримувачів соціальних послуг із новим для них матеріалом – солоним тістом, з його властивостями та заходами безпеки при роботі з ним ;
- 2) Ознайомлення з різними техніками ліплення (відбитки, об'ємні елементи, комбінована робота);
- 3) Відпрацювання точності та узгодженості рухів та пальців (дрібна моторика рук);
- 4) Зацікавлення клієнтів новим видом діяльності та спонукання бажань до створення власних творчих композицій;
- 5) Сприяння розвитку мовлення через активне спілкування під час занять;

- б) Виховання уміння співпрацювати під час занять;
- 7) Виховання любові до рідного краю та своєї країни при виготовленні елементів національної символіки та народних іграшок.

6. ГУРТОК «ЧАРІВНА НАМИСТИНКА»

Мета гуртка:

- Ознайомити клієнтів із бісероплетінням, як одним із видів українського народного рукоділля;

- розкрити творчий потенціал особистості кожного отримувача соціальних послуг, формувати у нього переконання про необхідність вивчення та

- збереження народного ремесла;

- розвивати уяву та фантазію, здібності у клієнтів до рукоділля;

- удосконалювати вміння та навички роботи з бісером, актуалізувати загальні правила безпечної трудової діяльності;

- виховання наполегливості, терпіння, естетичного смаку, художньої культури; взаємодопомоги; бережного ставлення до продуктів своєї та чужої діяльності.

Завдання гуртка:

- 1) Ознайомлення з надбаннями української культури, що сприяє розвитку національної самосвідомості;

- 2) Вивчення та популяризація мистецтва виготовлення прикрас із бісеру;

- 3) Виховання естетичних смаків, художньої культури;

- 4) Розкриття творчого потенціалу особистості;

- 5) Розвиток нахилів до ручної праці;

- 6) Відтворення народних традицій у власних творах ужиткового мистецтва;

- 7) Оволодіння технікою народних ремесел;

- 8) На засадах вивчення основ композиції витворів з бісеру виховання почуття прекрасного;

9) Участь у різноманітних виставках.

7. ЛЯЛЬКОВИЙ ТЕАТР «ДИВОСВІТ»»

Мета: Створення умов для розвитку творчих здібностей клієнтів, формування моральних цінностей і орієнтирів особистості, забезпечення естетичного виховання гуманістичних, загальнолюдських цінностей засобами театрального мистецтва. Виховання відповідальності за свої вчинки, товариськості, культури мовлення і поведінки, бажання допомагати іншим, впевненості у своїх можливостях.

Завдання програми:

- 1) Ознайомлення з поняттями, що стосуються театрального мистецтва, зокрема театру ляльок; поглиблення знань отримувачів соціальних послуг про види мистецтва;
- 2) Ознайомлення із специфікою лялькового театру, театральною лексикою, професіями людей, що працюють в театрі;
- 3) Ознайомлення з основними духовно-моральними цінностями на основі народної культури.
- 4) Оволодіння навичками акторської майстерності, технологією управління театральними ляльками різних типів та конструкцій;
- 5) Формування творчих здібностей вихованців у процесі оволодіння театральним мистецтвом, розвиток естетичних почуттів та смаків;
- 6) Розвиток уміння справедливо оцінювати свої і чужі вчинки, вчити передавати голосом, характер дійових осіб, своє відношення до них;
- 7) Формування у отримувачів соціальних послуг моральних чеснот, добропорядності, переконаності, що будь – які перешкоди можна подолати дружними зусиллями; почуття і смаки; привчати бачити прекрасне;
- 8) Навчання розуміти авторський задум п'єси;
- 9) Розвиток вміння справедливо оцінювати свої і чужі вчинки, вчити передавати голосом, жестами характер дійових осіб, своє відношення до них;

10) Виховання турботливого ставлення до оточуючих людей, до природи.

8. ПРОГРАМА «РУХОВА АКТИВНІСТЬ»

Мета: Покращення фізичних якостей, психоемоційної стійкості і адаптаційних резервів організму, усунення поширеного дефіциту рухової активності отримувачів соціальних послуг через застосування загальнорозвиваючих фізичних вправ і природних чинників з профілактичною та лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я. Виховання зміцнення та збереження свого фізичного здоров'я.

Завдання програми:

- 1) Проведення комплексного обстеження/оцінки/визначення потреб окремого клієнта або потреб групи клієнтів враховуючи Індивідуальну програму реабілітації кожного;
- 2) Відновлення функціональних можливостей різних систем організму і опорно-рухового апарату через мобілізацію резервних сил організму;
- 3) Відновлення побутових можливостей отримувачів соціальних послуг, тобто спроможності до пересування, самообслуговування і виконання неважкої домашньої роботи;
- 4) Розвиток компенсаторних пристосувань до умов повсякденного життя і праці;
- 5) Відновлення працездатності шляхом використання і розвитку функціональних можливостей рухового апарату через застосування життєво необхідних рухів (ходьба, біг, стрибки, лазіння, метання, рівновага та інші), які сприяють розширенню функціональних властивостей серцево-судинної, дихальної систем, удосконаленню діяльності центральної нервової системи, зміцненню опорно-рухового апарату та тим самим загальному покращенню здоров'я та працездатності організму;
- 6) Покращення фізичних якостей та психоемоційної стійкості;

7) Організація та здійснення раціонального використання засобів фізичної культури та тренування й загартування організму;

8) Виховання у отримувачів соціальних послуг відповідного ставлення до свого здоров'я, прагнення постійно дбати про себе. Формування навичок здорового способу життя.

9) Усвідомлення здоров'я, як пріоритетної життєвої цінності всіма учасниками реабілітаційного процесу.

9. ПРОГРАМА «АРТ-КУХНЯ»

Мета: Сформувати поняття про безпечне харчування, ознайомлення отримувачів соціальних послуг із принципами здорового харчування, дати уявлення про особливості оздоровчих систем; формування умінь оцінювати їжу з огляду на її якість, уміння дотримуватись правил приготування їжі, споживання та зберігання, а також звертати увагу на її збалансованість за складом.

Завдання програми:

1) Ознайомлення клієнтів із основами безпеки харчування, з видами посуду та його призначення;

2) Засвоєння й виконання вимог щодо правил поведінки за столом;

3) Розширення поняття про важливість правильного харчування (залежить стан здоров'я, всебічний розвиток індивіда тощо.).

4) Ознайомлення із значенням для організму харчовою цінністю (поживністю) та енергетичною цінністю (калорійність) продуктів харчування.

5) Ознайомлення із важливим значенням для нормальної роботи організму вітамінів і мінеральних речовин.

6) Розвиток уваги до відчуття смаку. Диференціація уявлень про смак продуктів, розвиток смакової чутливості;

7) Формування умінь читати обов'язкових відомостей, які зазначають на упаковці харчових продуктів;

8) Прищепити естетичні смаки щодо сервірування столу,

прикрашання страв.

9) Ознайомлення з основами елементарного приготування їжі на практичних заняттях;

10) Формування поняття про режим харчування й добовий раціон, показати як правильно розподіляти їжу впродовж дня за калорійністю й кількістю, як правильно поєднувати різні продукти й страви.

10. ПРОГРАМА «РОДИННИЙ ДІМ. БАТЬКІВСЬКА ВІТАЛЬНЯ»

Мета: Підтримання і формування оптимістичних життєвих установок, здатності бачити реалістичну і разом із тим позитивну перспективу свого життя і життя своєї дитини. Розширення психологічних знань з виховання і розвитку дітей та молоді з функціональними обмеженнями, формування навичок батьківства. Сприяння набуттю умінь створювати передумови для успішного психічного та особистісного розвитку. Поповнення теоретичних знань та розширення власного інформаційного простору стосовно **нагальних питань**.

Завдання програми:

1) Ознайомлення з умовами життя сім'ї, з'ясування її психологічного клімату, особливостей поведінки дитини в сім'ї;

2) Визначення рівня педагогічної культури батьків;

3) Виявлення позитивного досвіду сімейного виховання з метою його поширення;

4) Здійснення колективного диференційованого та індивідуального педагогічного впливу на батьків на основі ретельного аналізу;

5) Допомога батькам у підвищенні їхньої педагогічної культури, організації родинного життя як джерела самовиховання дитини;

6) Формування психолого-педагогічної компетентності батьків;

7) Роз'яснення психологічних питань реабілітації батьків, надання консультативної допомоги для налагодження стосунків у кризових ситуаціях;

8) Навчання батьків оберігати дитинство та забезпечувати емоційну

рівновагу;

9) Створення передумов для успішного психічного та особистісного розвитку;

10) Ознайомлення з методами профілактики й усунення негативних ознак тривожності;

11) Спонування батьків до взаємообміну набутим досвідом й до забезпечення емоційного добробуту дітей як передумови психічного і психологічного здоров'я дитини;

12) Збагачення уявлень про особливості розвитку особистісної сфери дітей, спонукати до використання отриманих знань на практиці за допомогою творчих вправ.

Завдання тренінгів:

1. Організація та опрацювання проблем, які є у вихованні дітей та молоді з особливими потребами, усвідомлення батьками причин цих проблем та їх можливих наслідків.

2. Розширення наявного у них позитивного досвіду побудови внутрішньо сімейних взаємин із особами з інвалідністю на основі прийняття нових моделей поведінки та ставлення.

3. Усунення помилок у сімейному вихованні і неефективних стратегій поведінки, моделей сімейного виховання.

4. Формування прагнень до підвищення педагогічної культури.

11. ПРОГРАМА «ШКОЛА СВІТЛОФОРА МОРГАЙЧИКА»

Мета: Формувати поняття про безпеку на дорогах, ознайомити отримувачів соціальних послуг з видами доріг, будовою вулиці, дорожньою розміткою та її призначенням, вчити вибирати безпечний маршрут від дому до відділення; ознайомити отримувачів соціальних послуг з місцями, де можна переходити вулицю, як безпечно переходити проїжджу частину дороги. Розвивати спостережливість, уміння орієнтуватися на вулицях міста, знаходити правильне рішення в незвичайній ситуації. Виховувати культуру

поведінки на вулиці.

Завдання програми:

- 1) Формування уявлень про безпеку в місті, на вулиці та в транспорті; ознайомлення отримувачів соціальних послуг з правилами поведінки на вулиці, виховання взаємо ввічливості, чесності, добropорядності;
- 2) Прищеплення отримувачів соціальних послуг необхідності виконувати правила дорожнього руху. Ознайомлення з правилами для велосипедиста, правилами поведінки в транспорті. Вироблення алгоритму дій при ДТП;
- 3) Розширення знань клієнтів з основних правил особистої безпеки під час зустрічі з незнайомими людьми у ліфті, під'їзді, вулиці. Ознайомлення і вивчення способів уникнення небезпеки;
- 4) Розвиток здатності орієнтуватися у складних ситуаціях, вміння оцінювати небезпеку та вибирати дії самозахисту. Розвиток спостережливості, виховання відповідальності за власні вчинки, дисциплінованості та уважності на дорогах.
- 5) Ознайомлення з елементарними правилами безпеки під час катання на велосипеді, санчатах.

12. ПРОГРАМА «ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я»

Мета: Ознайомити з факторами, що формують здоров'я (комфортність реабілітаційного середовища, стан психічного розвитку особистості, соціальні фактори, родинне середовище, фізкультурно-оздоровча діяльність, режим дня, раціональне харчування). Навчити дотримуватися правил особистої гігієни; розвивати уявлення про здоровий спосіб життя, його складові, показати, що дотримання всіх складових-провідна умова збереження і зміцнення здоров'я; виховувати бажання берегти і зміцнювати своє здоров'я.

Завдання програми:

- 1) Опрацювання особових справ отримувачів соціальних послуг, включаючи довідки про стан здоров'я, амбулаторні книжки та Індивідуальні

програми реабілітації з метою допуску до фізичних навантажень (заняття на реабілітаційних тренажерах).

2) Збереження та зміцнення психічного та фізичного здоров'я отримувачів соціальних послуг. Формування в клієнтів поняття про бактеріальні й вірусні захворювання та імунну систему, що захищає від них; ознайомлення з методами запобігання ВІЛ – інфікуванню.

3) Формування здатності протидіяти пропозиціям щодо паління, вживання алкоголю, наркотичних речовин;

4) Поглиблення знань про основні небезпеки довкілля та шкідливі звички (паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин).

5) Розширення уявлень про засоби особистої гігієни – мило, рушник, зубну щітку, гребінець, носову хустинку та їх призначення;

6) Виявлення ресурсу кожного учасника психокорекційного процесу в сфері самообслуговування та засобів спілкування;

7) Розвиток впевненості у собі, позитивного самосприйняття, здатності до саморегуляції поведінки;

8) Виховання культури потреб, бажань, захоплень;

9) Ознайомлення з особливостями статевого дозрівання дівчат і хлопців та їх статевого й сексуального виховання;

10) Виховання у клієнтів відповідального ставлення до свого здоров'я, прагнення постійно дбати про себе та усвідомлення здоров'я, як пріоритетної життєвої цінності всіма учасниками реабілітаційного процесу.

14 .ПРОГРАМА «У СВІТІ МУЗИКИ. ТАНЦЕТЕРАПІЯ»

Мета: Поліпшити фізичний стан кожного клієнта, покращити настрій, змінити душевний і фізичний стан клієнта. Розкрити для отримувачів соціальних послуг музики, її різносторонній вплив на здоров'я людини. Успішно використовувати для лікування не лише нервово – психічних, але й внутрішніх захворювань: серцево – судинної системи, нирок, шлунково – кишкового тракту.

Завдання програми:

- 1) Проникнення через музичний супровід в глибинні сфери особистості, куди не можна сягнути за допомогою слова;
- 2) Концентрування уваги не на формі та змісті музики, а сприймати її як «звукове поле», що допомагає процесу розслаблення й занурення у вільну течію асоціацій, зумовлених виразністю та динамічністю музики;
- 3) Використовування музичної релаксації, яка спрямована на глибоку релаксацію людини з психічними, соматичними або соціальними відхиленнями з метою зняття напруження, тривожності, гармонізацію особистості, позитивного психічного і соматичного впливу на дихання, серцеву діяльність, травлення.
- 4) Враховування природженої схильності до певного тембру чи висоти тонів використовувати імпровізаційні музичні інструменти (дитячі барабани, дерев'яні колотушки, ложки, брязкальця, дзвіночки тощо.) для створення шумового оркестру.
- 5) Враховування під час прослуховування музичного твору особистість клієнта, його музичну культуру, смаки, індивідуальні здібності і сприймання.
- 6) Сприяння психічній релаксації та творчій стимуляції, розвиток творчої уяви, рухових здібностей до самовираження, допомога у знятті психічного напруження.

15. ВОЛОНТЕРСЬКІ ШКОЛИ «ДЗВІНОЧОК» та «ЕВЕРЕСТ».

Мета: Забезпечити теоретичну і практичну підготовку волонтерів до реалізації комплексної програми діяльності відділення соціально-психологічної реабілітації осіб з функціональними обмеженнями «Еверест». Працювати разом над подоланням соціального бар'єру між отримувачами соціальних послуг та здоровим оточенням.

Школа волонтерів «Дзвіночок» працює впродовж року і тільки після закінчення трьох послідовних курсів відбувається урочиста посвята у

волонтери. **Напрямки навчання волонтерів:**

- Соціальний розвиток молоді та її інтеграція в суспільство;
- Розвиток та підтримка творчого потенціалу талановитої молоді з особливими потребами;

I курс. Присвячений самоаналізу та самовизначенню волонтерів, має назву «*Час самопізнання*»

Доцільно розпочати діяльність секторів з проведення тестувань здібностей, особистих якостей, нахилів та інтересів слухачів, визначити їх власні очікування від волонтерства. Діяльність секторів націлена на поглиблення знань кожного з учасників щодо тематики кожного підрозділу.

Мета I курсу є сприяння проведенню самоаналізу кожним із волонтерів, спрямованого на знаходження відповідей, що є мотивацією діяльності його як волонтера та допомагає йому визначити свої функції, права та обов'язки як добровільного помічника. Шлях самопізнання є необхідним для формування особистості волонтера.

II курс має назву «*Час спеціальних знань*». Присвячений набуттю корисних теоретичних та практичних вмінь, отриманню інформації, якою необхідно володіти волонтерів для організації своєї успішної діяльності. Цей курс повинен гармонійно поєднувати в собі теорію та різноманітні практичні вправи та заняття. Протягом цього періоду працює 3 сектори:

- Сектор спілкування.
- Сектор розвитку креативності.
- Сектор особистісного зростання.

III курс має назву «*Час реалізації*». Волонтери беруть активну участь у заходах центру реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Еверест» та впроваджують власні програми соціально-психологічної реабілітації.

В кінці проведення трьох курсів виділяється час для складання індивідуальних робочих планів волонтерської діяльності.

Директор

Н.І. Пуфтієнко