

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ**

***ОЛЬГА СЕРБОВА***

---

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА  
РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ  
ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ**

---

*Навчальний посібник*

Київ  
«Талком»  
2018

**УДК 159.9**  
**С32**

**Рецензенти:**

**Волженцева І. В.** – доктор психологічних наук, професор, академік Української Технологічної Академії, професор кафедри психології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Хомич Г. О.** – кандидат психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Єфименко М. М.** – доктор педагогічних наук, професор кафедри прикладної психології та логопедії Бердянського державного педагогічного університету

*Рекомендовано до друку вченою радою  
Факультету дошкільної, спеціальної та соціальної освіти  
Бердянського державного педагогічного університету  
(протокол № 2 від 26 вересня 2018 року)*

**Сербова О. В.**

**С32** Соціально-психологічна реабілітація дітей з порушеннями психофізичного розвитку: навчальний посібник / Ольга Сербова. – К. Талком: 2018. – 274 с.

ISBN 978-617-7685-30-1

У посібнику «Соціально-психологічна реабілітація дітей з порушеннями психофізичного розвитку» схарактеризовано вітчизняний досвід у галузі соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, визначено перспективні шляхи соціальної реабілітації на сучасному етапі. Представлена розроблена автором модель індивідуальної реабілітаційної карти дитини з порушеннями психофізичного розвитку та змісту індивідуального плану соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку. Розкрито сутність комплексного підходу до оцінки ефективності реабілітаційних заходів, визначено та систематизовано перелік показників їх оцінки.

**УДК 159.9**

ISBN 978-617-7685-30-1

© О. В.Сербова, 2018  
© БДПУ, 2018

---

# ЗМІСТ

---

<b>ПЕРЕДМОВА .....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АБІЛІТАЦІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Сучасні підходи до розуміння понять «абілітація» та «реабілітація».....	7
1.2. Соціально-правове забезпечення реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку в Україні.....	18
<b>РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.....</b>	<b>32</b>
2.1. Психологічний аналіз проблеми соціалізації дітей .....	32
2.2. Несприятливі умови соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	42
<b>РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ЦЕНТРАХ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....</b>	<b>54</b>
3.1. Поняття життєвої компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку та труднощі її формування.....	54
3.2. Основні напрями забезпечення процесу формування життєвої компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку у центрах ранньої соціальної реабілітації.....	64
<b>РОЗДІЛ 4. КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ.....</b>	<b>71</b>
4.1. Методики дослідження внутрішніх (ендопсихічних) чинників соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку.....	71
4.2. Методики дослідження зовнішніх (екзопсихічних) чинників соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку.....	82

<b>РОЗДІЛ 5. ПРОГРАМА ПРЯМОГО ТА ОПОСЕРЕДКОВАНОГО ВПЛИВУ НА ПРОЦЕС СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ.....</b>	<b>88</b>
5.1. Соціально-психологічні засоби оптимізації соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	88
5.2. Робота з батьками як опосередкований вплив на соціалізацію дитини з порушеннями психофізичного розвитку.....	99
<b>Список словотвірних елементів.....</b>	<b>104</b>
<b>Словник основних термінів.....</b>	<b>106</b>
<b>ЛІТЕРАТУРА.....</b>	<b>130</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>135</b>

---

---

---

## ПЕРЕДМОВА

---

Як і багато інших країн світу, Україна пройшла довгий шлях від філософії поблажливого ставлення по відношенню до людей з порушеннями психофізичного розвитку до спроби надати їм можливість конструювати та контролювати власне життя. Старі підходи, що як правило, базувалися на безпорадності людей з інвалідністю та жалості до них, тепер стають неприйнятними. Дії соціуму переміщуються в напрямку глобальної філософії зміни суспільства, задоволення потреб всіх людей, включаючи людей з інвалідністю. Вони потребують і мають незаперечні права на рівні можливості та доступ до всіх суспільних ресурсів: до освіти, новітніх технологій, охорони здоров'я та соціальних служб, спорту і відпочинку, споживчих товарів і послуг. Не викликає сумніву той факт, що провідне місце в самореалізації людини займає можливість оволодіти професією та реалізувати себе в ній. Одним із шляхів створення рівних можливостей для людей з інвалідністю є їх реабілітація.

Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначає основні засади створення суспільних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності людей з інвалідністю, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Цим базовим нормативним актом скеровується система соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, яка разом з іншими завданнями повинна забезпечувати професійне прогнозування та професійну орієнтацію дітей з інвалідністю. Разом із тим практична реалізація цих завдань пов'язана з вирішенням ряду організаційних, методичних і матеріальних питань.

В цілому актуальність проблеми соціальної інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку визначається стійким збільшенням в соціальній структурі суспільства кількості дітей з відхиленнями розвитку. Згідно з державною статистичною звітністю кількість дітей з порушеннями психофізичного розвитку, які мають вади в руховій (порушення опорно-рухового апарату) та сенсорній (порушення зору, слуху) сферах має стійку тенденцію до зростання. Тому актуалізується проблема максимального використання їх потенціалу для реалізації своїх прав стосовно рівних можливостей з іншими громадянами у активній участі в економічній, політичній і соціальній сферах.

Формування продуктивного способу життєдіяльності в системі соціальних відносин – актуальна життєва задача, реалізація якої для

дітей з порушеннями психофізичного розвитку ускладнюється багатьма проблемами і внутрішніми протиріччями. Ці протиріччя породжуються наявними фізичними, інтелектуальними і сенсомоторними порушеннями, які ускладнюють процес адаптації дитини з інвалідністю до реальних умов життєдіяльності та включення її в соціальний простір.

Діти з порушеннями психофізичного розвитку повинні бути готові до реалізації своїх прав стосовно рівних можливостей з іншими громадянами у активній участі в усіх сферах життєдіяльності. А суспільство повинно бути готовим прийняти дитину з інвалідністю, як повноправного громадянина і надати їй умови для повноцінної життєдіяльності.

Основне завдання соціалізації дітей з інвалідністю – допомогти кожній дитині ствердитися і соціально інтегруватися в соціальний простір, наскільки дозволяють можливості, зумовлені структурою дефекту.

Основним завданням навчання і виховання дітей з вираженими фізичними, інтелектуальними і сенсомоторними порушеннями є їх соціальний розвиток (Л.С.Виготський, В.З.Кантор, М.І.Нікітіна і ін.). Теоретично досягнення достатнього рівня соціалізації дитини з інвалідністю є цілком здійсненним завданням. Проте, його практична реалізація можлива лише в тому випадку, якщо будуть вирішені питання організаційно-управлінського, соціально-педагогічного, етично-психологічного, нормативно-правового і кадрового забезпечення.

Також ми вважаємо правомірними звернути особливу увагу на суперечність між потребами особистості в повноправній життєдіяльності і суспільства - в соціалізованій особистості, з одного боку, і відсутністю стабільної системи забезпечення соціалізації в соціальному просторі, недостатньою теоретичною розробкою такого забезпечення - з іншою.

Сподіваємося, що представлений у посібнику теоретичний матеріал щодо особливостей процесу абілітації та реабілітації буде цікавим практичним психологам, студентам психологічних спеціальностей. Практичний матеріал - модель індивідуальної реабілітаційної карти дитини з порушеннями психофізичного розвитку та змісту індивідуального плану соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку може бути корисною для фахівців різних галузей, які працюють з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку.

---

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХО- ЛОГІЧНОЇ АБІЛІТАЦІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

---

### 1.1. Сучасні підходи до розуміння понять «абілітація» та «реабілітація»

**Абілітація** (лат. *abilitatio* від лат. *habilis* – бути здатним до чого-небудь, пристосованим; *habilitation* – надання прав, можливостей, забезпечення формування здібностей).

Поняття «абілітація» застосовується в акмеологічних дисциплінах і визначає, перш за все, процес активного «підлаштування» особистості до соціального середовища.

Вживання поняття «абілітація» не є традиційним і частіше всього використовується стосовно осіб з обмеженими можливостями здоров'я та визначається як комплекс державних, соціально-економічних, юридичних, медичних та педагогічних заходів щодо включення їх до активної соціальної, суспільної та трудової діяльності [5].

Абілітація розглядається, насамперед, в контексті таких проблем, як формування особистості в умовах аномального розвитку, її соціальної адаптації та успішної соціалізації, а також проблеми цілеспрямованих корекційно-виховних впливів на індивіда.

Ратифікація міжнародних нормативних актів, таких як: Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, прийняті ООН в 1993 р., Європейська концепція доступності (1996 р.), Конвенція ООН про права інвалідів (2008) та створення на їх базі вітчизняних нормативно-правових документів закономірно формують у суспільстві новий підхід до соціальної адаптації молоді з інвалідністю. [5]. Суспільство починає орієнтуватися на «соціальну» і «правозахисну» моделі інвалідності, що передбачає досягнення людиною з обмеженими можливостями здоров'я матеріальної незалежності й повної соціальної адаптації. Це можливо за умови, коли лю-

дина з інвалідністю розглядається з позиції захисту і забезпечення повного і рівного використання всіх прав (ст.1 Конвенції про права інвалідів). В основі лежить філософський підхід до того, яким чином досягти гармонії в житті людини або яким чином забезпечити розвиток всебічно гармонійної і цілісної особистості. Такий підхід вимагає принципово нових рішень, які сприятимуть швидкій інтеграції молоді людини з інвалідністю в суспільство при оптимальному рівні реалізації соціальних здібностей і можливостей особистості. Реалізація ідей забезпечення повноцінного життя дітей з інвалідністю стала можливою з формуванням інклюзивного середовища в системі освіти в Україні. Перед освітою поставлені нові цілі - цілеспрямована робота щодо підготовки дітей з порушеннями психофізичного розвитку до ефективної інтеграції в сучасний соціум для того, щоб вони могли вести повноцінний спосіб життя і відчувати себе рівноправними громадянами. Сучасні підходи до супроводу в інклюзивному просторі поступово йдуть від корекції та реабілітації в сторону абілітації осіб з порушеннями психофізичного розвитку. Слід зазначити, що система абілітації в Україні тільки зароджується. У зв'язку з цим часто поняття «абілітація» не цілком коректно ідентифікується з поняттям «реабілітація», в той час як це далеко не синоніми.

**Реабілітація** (від лат. *rehabilitatio, re* – «знов, наново»; *habilitas* – «придатність, здатність») – «процес і система медичних, педагогічних і соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму». Метою реабілітації є відновлення втрачених здібностей.

На думку Л.І. Боровікова, **абілітація** – це не компенсація і, тим більше, не реабілітація, це саме робота з формування соціально-психологічних і духовно-моральних новоутворень, що забезпечують зростання якості життя особистості з інвалідністю [8].

Міждисциплінарний підхід дозволяє розглядати абілітацію як заходи спрямовані на формування нових і посилення вже існуючих ресурсів соціального, психічного та фізичного розвитку особистості. Йдеться про розвиток тих функцій і здібностей, які в нормі з'являються без спеціальних зусиль з боку оточуючих, а у особистості з проблемами розвитку формуються тільки в результаті спрямованої роботи спеціалістів, яка поєднує педагогічні, психологічні, юридичні, медичні, технічні, соціальні засоби.

З медичної точки зору абілітація розглядається як система лікувально-профілактичних заходів, що мають на меті попередження та лікування тих патологічних станів дітей раннього віку, які ще не адаптувалися до соціального середовища, що призводять до стійкої втрати можливості трудитися, вчитися і бути корисним членом суспільства. [1].

З точки зору спеціальної педагогіки, абілітація – комплекс послуг, заходів, спрямованих на формування нових і посилення наявних ресурсів соціального та психофізичного розвитку дитини.

Абілітація в соціально-педагогічній діяльності – це система заходів, спрямованих на опанування особою знань і навичок, необхідних для незалежного проживання особистості в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування (ст. 1 ЗУ Про реабілітацію інвалідів) [5].

Визначення «абілітації» в соціальному контексті сформульовано О.А. Герасіменко [3]. На її думку, абілітація це адаптивно розвиваюча діяльність, яка стимулює потенційні можливості дітей з дефектами розвитку і спрямована на формування оптимальних навичок соціальної адаптації, на створення нових можливостей, нарощування соціального потенціалу, тобто можливості особистості реалізуватися в даному співтоваристві.

Поняття соціальної абілітації розкривається у зв'язку з розглядом таких соціальних явищ, як соціалізація та соціальна адаптація. Соціалізація в онтогенетичному аспекті розкриває механізм соціального становлення людини, формування її як суб'єкта процесу суспільного життя, засвоєння нею соціального досвіду, тоді як соціальна адаптація розглядається як активне пристосування людини до навколишнього світу. Як явища, які виражають процес взаємодії суспільства і особистості, вони тісно переплітаються, часом зникаються, часом знаходяться в суперечності, але ніколи не виключають один одного. Процес соціального становлення людини, процес соціалізації здійснюється протягом усього життя людини і неможливий без адаптації, яка носить ситуативний характер. Процес соціалізації включає в себе складні процеси передачі людині та опанування нею конкретних соціальних ситуацій, умов, норм, принципів поведінки, соціальних смаків, цінностей, тобто соціалізація створює можливість окремій людині виконувати різні соціальні ролі. Реалізації цих можливостей, втілення їх в життя сприяє процесу соціальної адаптації. В процесі соціальної адаптації відбувається узгодження норм, цінностей, пере-

конань, знань окремої людини з нормами, цінностями і т.д. того колективу, тієї соціальної групи, до якої ця людина входить. У ряді досліджень підкреслюється, що соціалізація створює передумови соціальної адаптації, будучи її умовою і основою. Чим більш численні ці передумови (що виражається в багатстві засвоєного соціального досвіду, в різноманітності тих соціальних ролей, які виконує даний індивід) тим більше підстав для успішного процесу адаптації, що дозволяє людині якнайшвидше «включатися» в певний вид діяльності, в роботу колективу і т.д. Недостатня ступінь соціалізованості людини може «гальмувати» процес соціальної адаптації, або зробити його неможливим. В свою чергу соціальна адаптація робить зворотній вплив на перебіг процесу соціалізації, вона може або сповільнювати, або прискорювати його. Якщо процес соціалізації особистості відбувається нормально, то з часом вона успішно адаптується до умов свого соціального середовища і інтегрується в суспільство відповідно до норм і вимог суспільства. А якщо можливості особистості обмежені, то виникає об'єктивна потреба в обхідних шляхах, пошуку особливих механізмів, які шляхом створення низки спеціальних ситуацій допоможуть вивести її на більш високий рівень соціалізації. Цим механізмом і є абілітація, яку О.А. Герасименко,

Р.П. Діменштейн, розглядають і як пасивне, і як активне «підлаштовування» особистості під соціальне середовище, як профілактику можливих «вторинних порушень», що призводять в подальшому до десоціалізації. Десоціалізація визначається як непристосованість індивіда до життя в суспільстві, невміння ідентифікувати себе зі соціальною групою, суспільством; відсутність у свідомості індивіда загальнозначущих норм легітимної поведінки, що не тільки перешкоджає його особистісному розвитку, загострює соціально-психологічні проблеми, але і заважає функціонуванню як повноправного члена суспільства, що в подальшому призведе до маргіналізації і появі почуття занедбаності і відчуженості [3].

Дослідники виділяють ряд факторів які ускладнюють процес соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку: серйозні прогалини в знаннях, дефіцит комунікабельності, слабка орієнтація в соціумі, звичка до невимогливого, поблажливого ставлення, високий рівень тривожності, занижена самооцінка і т.п. Ці чинники можуть стати причиною ізоляції дітей з порушеннями психофізичного розвитку в освітній установі.

Повноцінна освіта дітей з порушеннями психофізичного розвитку можлива тільки в тому випадку, якщо при організації навчання

дійсно створені спеціальні освітні умови, що враховують специфіку всіх сфер діяльності (комунікативної, когнітивної та мотиваційної) дітей.

Абілітація дітей з порушеннями психофізичного розвитку спрямована на вдосконалення ресурсів саморозвитку особистості, а також на розвиток тих здібностей, які могли б компенсувати наявні в неї недоліки. Необхідна система пом'якшення впливу негативних чинників, корекції, підтримки, що в сумі утворює систему супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Процес супроводу [4] – це комплекс послідовно реалізованих дій, що дозволяють суб'єкту супроводу визначитися з прийняттям рішення і нести відповідальність за реалізацію рішення. Суть психологічного супроводу полягає в гармонізації емоційного стану, розширенні комунікативної сфери, збільшення позитивного особистого і соціального досвіду дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Дослідники відзначають, що ефективно організований супровід відкриває перспективи особистісного зростання, допомагає дитині увійти в зону розвитку, передбачає пошук прихованих ресурсів розвитку, опору на власні можливості і створення на цій основі умов для відновлення соціальних зв'язків [4; 7].

Важливою характеристикою абілітації є її системність. Виділяють три рівні організації системності абілітації: концептуальний, структурний і субстратний.

Концептуальний рівень забезпечується загальними ідеями, баченням і уявленнями про абілітацію в даному соціумі. Мається на увазі єдина педагогічна стратегія по «вертикалі і горизонталі», орієнтована на особистість кожної дитини, на розвиток її здібностей, на появу у неї відчуття соціальної захищеності, що значно впливає на підвищення самооцінки і соціального статусу, розвиток її внутрішнього потенціалу самореалізації.

Структурний рівень абілітації являє собою системоутворюючі відносини, які виникають між суб'єктами конкретного простору в ході реалізації своїх абілітаційних функцій. Це так зване поле діалогу, на якому створено комплексну взаємодію всіх служб, що займаються дітьми з порушеннями психофізичного розвитку в межах цілого муніципалітету (району), з метою їх абілітації, адаптації та інтеграції в суспільство.

До субстратного рівня відносяться різні елементи простору, які можна поділити на пасивні (все, що знаходиться в сфері абілітаційного середовища) і активні (власне суб'єкти організаційної структури абілітаційного простору: діти, батьки і фахівці медико-соціально

-педагогічної служби).

Не менш важливі характеристики абілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку – багатовимірність і цілісність. Як показує практика, будь-який абілітаційний простір включає в себе різні інші підпростори (освітній, оздоровчий, інформаційний підпростір, психологічні служби, служби соціального захисту і т.п.). Їх цілісність представляється суттєвою якісною характеристикою, саме в цьому випадку забезпечується ефективність абілітаційного впливу на особистість дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

Цілісність і стабільність абілітації – результат гетерогенності (неоднорідності) як її елементів, так і зв'язків між ними за наявності єдиної концепції, орієнтованої на оптимальну для кожної окремої дитини з порушеннями психофізичного розвитку соціальну адаптацію та інтеграцію.

Результативність абілітаційного супроводу безпосередньо визначатиметься чітким дотриманням наступних умов:

- дотримання інваріантного алгоритму реалізації комплексного супроводу, що включає діагностико-аналітичний, проектувальний, діяльнісний, контрольні-оцінні етапи;

- індивідуалізація завдань, напрямів, методів і технологій комплексного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку з урахуванням їх актуальних освітніх потреб та соціальної ситуації розвитку;

- націленість роботи фахівців служби супроводу та всього педагогічного колективу на створення умов, що забезпечують не тільки академічну, а й соціальну, особистісну успішність дітей з порушеннями психофізичного розвитку та їх соціальну інтеграцію;

- наявність у фахівців служби супроводу та педагогічних працівників позитивної стійкої мотивації і ціннісного ставлення до вирішення задач комплексного супроводу, прагнення до професійного вдосконалення в даній сфері;

- залучення в процес супроводу всіх зацікавлених суб'єктів (сім'я, педагогічний колектив, громадські організації, роботодавці та ін.), організація їх взаємодії та активізація ролі дітей з порушеннями психофізичного розвитку в досягненні цілей соціальної адаптації та інтеграції [4; 7; 8].

Реабілітаційна робота з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку повинна проводитися із застосуванням новітніх технологій фізичної, педагогічної, соціально-психологічної реабілітації, із

врахуванням сучасного стану розвитку дефектології, педагогіки, психології, соціальної роботи.

Тому важливою є співпраця різних спеціалістів для оптимального вирішення психофізичних проблем у дітей. Поряд з порушеннями психофізичного розвитку у дітей спостерігається соціальна дезадаптація, порушення соціальних контактів, низький соціометричний статус, що поглиблює порушення їх психічного розвитку, негативно впливає на емоційно-вольову сферу.

Концепція соціально-психологічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку (за А. Й. Капською) передбачає:

- здійснення ранньої соціальної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку через мережу центрів реабілітації, максимально наближених до місця їх проживання;

- виявлення та відбір дітей з порушеннями психофізичного розвитку, що потребують ранньої соціальної реабілітації, центрами в тісному контакті з закладами охорони здоров'я і навчальними закладами;

- реалізацію для кожної дитини з порушеннями психофізичного розвитку індивідуальних реабілітаційних програм, розроблених з урахуванням рівня її розвитку та можливостей;

- проведення ранньої соціальної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку з безпосередньою їх участю та без відриву від сім'ї;

- перебування дитини з порушеннями психофізичного розвитку у реабілітаційному центрі в денний час, що є соціальною підтримкою сім'ї;

- перебування дитини з порушеннями психофізичного розвитку у дитячому колективі, без ізоляції від суспільства, в умовах звичайного середовища;

- поступову інтеграцію дітей з порушеннями психофізичного розвитку до дитячих дошкільних закладів та загальноосвітніх шкіл;

- ранню соціальну інтеграцію дітей з порушеннями психофізичного розвитку в суспільство [6, с. 172-173].

А. Й. Капська виділяє три основних цілі ранньої соціально-реабілітаційної роботи дитини з порушеннями психофізичного розвитку [3, с. 190]:

1. Забезпечення соціального, емоційного, інтелектуального і фізичного розвитку дитини з порушеннями психофізичного розвитку і спроба максимального розкриття її потенціалу для навчання.

2. Попередження вторинних дефектів у дітей з порушеннями психофізичного розвитку, які можуть проявитися в результаті двох основних причин: або ж після невдалої спроби призупинити прогресування первинних дефектів за допомогою медичного, терапевтичного чи навчального вливу, або ж у результаті порушення взаємовідносин між дитиною і сім'єю, викликаного, в основному, тим, що сподівання батьків стосовно дитини не виправдались.

3. Адаптація сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями психофізичного розвитку, розроблення індивідуальної програми розвитку дитини,.

На думку В. Й. Бочелюк, реабілітаційні програми дітей з порушеннями психофізичного розвитку можна поділити за такими напрямками:

- психологічний, що передбачає психологічну підтримку дитини з порушеннями психофізичного розвитку. Основними завданнями психолого-реабілітаційного напрямку є відновлення та розвиток інтелектуальних функцій дитини, її емоційного стану, навичок психічної саморегуляції, комунікативної культури. Специфічними методами є психологічні тренінги (аутотренінг, комунікативний тренінг, тренінг креативності), психотерапія, ігротерапія, бібліотерапія, арттерапія та ін.;

- соціально-культурний, який передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу дітей, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва;

- професійний, що орієнтується на навчання дитини трудовим навичкам, поглиблення її професійних знань та знаходження для неї посиленої роботи. Основними завданнями є: розвиток освітньої та загальнодоступної мотивації; поглиблення знань для зростання інформаційної культури та практичної діяльності; формування інтелектуальних та прикладних навичок, вмінь та способів діяльності; розвиток комунікабельності;

- соціально-реабілітаційний, що має на меті вирішення завдань соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

А.Й. Капська описує чотири етапи роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку [6, с. 176-177].

На першому організаційному етапі такі завдання:

- забезпечення всебічної поінформованості про загальні проблеми даної категорії дітей і їхніх сімей;

- вивчення і диференціація проблем дітей з обмеженими можливостями шляхом діагностики соціуму;

- виявлення сутності соціально-педагогічної реабілітації і пошук дієвого механізму її проведення шляхом створення спеціалізованих центрів;

- визначення альтернативних варіантів вирішення проблем соціально-педагогічної реабілітації завдяки корисній дії раніше створених соціальних служб. На другому етапі (прогностичному) ставляться такі завдання:

- прогнозування конкретних результатів при реалізації індивідуальної програми реабілітації;

- проектування і моделювання ефективної діяльності спеціалістів щодо надання допомоги дитині і сім'ї;

- проведення організаційної діагностики діяльності окремих неурядових організацій, місією яких є сприяння духовно-моральному розвитку дітей шляхом залучення їх до загальнолюдських цінностей у процесі соціально-педагогічної роботи;

- вивчення власного потенціалу сім'ї, в якій здійснюється реабілітація дитини з обмеженими можливостями.

На третьому етапі (підтримки і стимуляції) працівники мають сприяти появі в дитини бажання до активної діяльності з метою вдосконалення власних життєвих функцій. При цьому вирішуються такі завдання:

- розробка і впровадження методик оцінки різних аспектів реабілітаційного процесу із залученням найбільш зацікавлених осіб членів сім'ї хворої дитини;

- надання психолого-педагогічної допомоги сім'ї шляхом залучення їх до занять з профілактики, корекції, здоров'я, до сімейної терапії;

- активне залучення дитини до посильної роботи у реабілітаційних і юнацьких організаціях, у спільній співпраці, взаємодії зі здоровими дітьми;

- підтримка дитячих і молодіжних громадсько-корисних соціальних ініціатив, у процесі яких відбувається соціалізація дитини з обмеженими функціональними можливостями та всіх її членів сім'ї;

- вивчення динаміки процесу, який відбувається, на індивідуальних моделях реабілітованості;

- удосконалення діяльності спеціалістів-професіоналів, активне залучення до роботи волонтерів.

На четвертому етапі – активно-реабілітаційному розгортається інтенсивне включення дитини у процес вирішення посильних для неї проблем, розширюються міжособові контакти, стимулюється певна

самостійність у прийнятті рішень, формується позиція активного суб'єкта соціальної діяльності.

В.Й. Бочелюк називає такі напрямки соціально-психологічної підтримки дитини з порушеннями психофізичного розвитку:

- соціальна паспортизація цих дітей – своєчасне їх виявлення, фіксація їх анкетних даних;
- відвідування їх на дому, складання акту обстеження житлов-побутових і моральних умов проживання в сім'ї;
- застосування до цієї категорії дітей психокорекційних методів роботи;
- виявлення творчих обдарувань, здібностей, реклама творчих здобутків дітей з різними фізичними і психічними вадами на рівні села, міста, в яких вони проживають;
- ствердження їх особистісного Я;
- виховання в соціумі гуманного відношення до дітей з обмеженою дієздатністю;
- організація дозвілля, зайнятості в гуртках, клубах, секціях тощо;
- здійснення матеріальної допомоги сім'ям, в яких проживають такі діти, здійснення їх соціального захисту;
- проведення просвітницької роботи для батьків цих дітей, педагогів, вихователів;
- пошук спонсорів для здійснення соціального захисту цієї категорії дітей [2].

### **Морально-етичні аспекти роботи фахівців із реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку**

Гуманістична спрямованість реабілітаційного процесу вимагає високого рівня етичної компетентності фахівців, які працюють у закладах соціальної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Така умова передбачає високий ступінь сформованості загальної та психологічної культури, що реалізується в системі взаємин між фахівцями і дітьми, педагогами-реабілітологами і батьками, працівниками реабілітаційної установи та громадськістю. Об'єднуючим принципом цих міжособистісних відносин є загальні моральні засади культури спілкування та професійної етики.

Фахівець сфери соціальної реабілітації, виконуючи свої професійні обов'язки, водночас буде залишатися людиною із певною системою особистих поглядів, переконань, звичок, стилю діяльності, манерою спілкування, темпераменту тощо. Це розмаїття підсилюється професійними обов'язками, кваліфікаційними вимогами окремих спеціальностей фахівців, які беруть участь у реабілітаційному процесі. Педагогічні, медичні та соціальні працівники, які працюють у центрах соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, не зважаючи на професійні відмінності їх спеціальностей та посад, об'єднують свої зусилля навколо дитини, йдуть своїми професійними шляхами до спільної мети: подолання обмежень життєдіяльності, формування життєспроможності та життєвої компетентності дітей з інвалідністю.

Морально-етичні аспекти, що супроводжують діяльність спеціалістів реабілітологів з дитиною, сім'єю, у відношеннях з колегами, керівництвом реабілітаційною установою майже завжди вирішуються індивідуально, кожним працівником та залежать від рівня їх моральної свідомості та етичних переконань. Саме тому великого значення в роботі педагогічних, медичних та соціальних працівників, сфера діяльності яких пов'язана з реабілітацією дітей з порушеннями психофізичного розвитку, набуває морально-етична зрілість кожного співробітника, кожного професіонала.

Очікування суспільства від діяльності спеціалістів-реабітологів різних напрямків є досить об'ємними і вагомими, адже від якісного виконання своїх професійних обов'язків, в умовах сталого та позитивного мікроклімату реабілітаційної установи, залежить кінцевий продукт спільних зусиль: життєво компетентна особистість, інтегрована в соціум.

Робота в центрах соціальної реабілітації дітей з інвалідністю фахівців різних спеціальностей сприяє напрацюванню спільних морально-етичних аспектів, моральних правил, вимог, підходів та норм по відношенню до дітей, батьків, колег по роботі. Своєрідність умов реабілітаційної практики у центрах соціальної реабілітації дітей з інвалідністю фактично поступово невілює моральноетичні відмінності спеціалістів різного спрямування, сприяє створенню спільного міжпрофесійного етичного продукту. Саме в дитячих реабілітаційних установах, підпорядкованих Мінсоцполітики, спеціалістів різного спрямування об'єднує, перш за все, спільна соціальна робота, поступово зближуючи їх до розуміння своєї ролі, значущості не тільки як педагога чи медика, а і як соціального працівника також. Моральна свідо-

мість спеціалістів-реабілітологів, які допомагають дітям з обмеженими життєдіяльністю, вбирає в себе моральні принципи педагога, медика, соціального працівника, дає можливість усвідомити норми поведіння, характер взаємовідносин з різними соціа

### Література:

1. Бадалян Л.О. Невропатология: Учебник. 2-е изд. – М.: Изд-во Академия», 2003. – 368 с.
2. Бочелюк, В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. [Електронний ресурс] / В. Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
3. Герасименко О.А., Дименштейн Р.П. Несколько слов к вопросу об интеграции. <http://www.detisite.ru/experts/integration/>
4. Дубич К.В. Педагогічні аспекти навчання студентів з обмеженими фізичними можливостями у вищих навчальних закладах //Наукове видання Вісник УДУВГП. Педагогіка “Сучасні технології навчання: проблеми та перспективи”. Вип.5(24). – ч.І. – Рівне, 2007. – С.69-77.
5. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник. За заг. редакцією Байди Л.Ю., Краснокувої – Еннс О.В. / Кол. авторів: Байда Л.Ю., Краснокува – Еннс О.В., Бузов С.Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М. – К., 2012. – 216 с.
6. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник. – Київ : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
7. Профессиональное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья. (Из опыта работы) / Сост. – О.А. Антонова, Т.Р. Стрелкова. М: ТЦ Сфера, 2009. – 144 с.
8. Этюды абилитационной педагогики: из опыта работы «Школы Бороздина». Монографическое эссе /Под ред. Л.И.Боровикова. – Новосибирск: Изд-во НИПК и ПРО, 2000. – 145 с.

## 1.2. Соціально-правове забезпечення реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку в Україні

Входження України в світове співтовариство як рівноправного його учасника висуває ряд вимог щодо зміни не лише соціально-економічної ситуації в країні, а також і перебудови стилю мислення, розвитку його на засадах демократичності, толерантності. Усвідомлення неповторності й унікальності інших, розуміння та прийняття їх такими, якими вони є — це не лише найвища форма суспільної гармонії, це необхідна передумова розвитку держави, суспільства, громадян.

Вагомим критерієм в оцінюванні рівня цивілізованості суспільства є визнання наявності в ньому проявів дискримінації щодо людей

з порушеннями психофізичного розвитку майже у всіх галузях суспільно-економічного життя країни, визначення специфіки її прояву в усіх сферах людської життєдіяльності (відповідні світові стандарти декларовані ООН) та ухвалення механізмів державного врегулювання цих проблем.

Для сучасної України характерним є розвиток процесів гуманізації соціальних відносин, зростання пріоритетності в суспільстві проблем соціально-антропологічного порядку на фоні перманентності різнорівневих трансформацій соціально-економічного простору. Це створює необхідні передумови для переходу від принципу соціальної корисності до соціальної толерантності, до визнання і поваги прав кожної людини незалежно від її здібностей або переконань. В той же час в умовах соціально-економічних перетворень спостерігається інтенсифікація процесів маргіналізації цілих соціальних груп. Особливо негативний вплив транзитивності українського суспільства має прояв по відношенню, насамперед до дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Процеси реформування призвели до деконструкції системи соціальної інтеграції та адаптації таких дітей, загострили проблеми, пов'язані з реалізацією їх життєвих шансів, можливостей для самореалізації на фоні низької ефективності реалізації корекційних соціально-освітніх технологій.

Соціальна політика щодо вирішення проблем людей з порушеннями психофізичного розвитку в Україні знаходиться у стадії формування. Розвивається соціальне законодавство, змінюється суспільна думка.

Визнання Україною Конвенції ООН про права дитини та Всесвітньої декларації про забезпечення виживання, захист і розвиток дітей посилило увагу науки і громадськості до проблем дітей із обмеженими психічними і фізичними можливостями.

За роки незалежності в Україні сформовано законодавче поле освітнянської галузі, розроблено нормативно-правову базу для становлення і розвитку національної системи освіти. Цілеспрямовано формується нова філософія освіти, стрижнем якої є всебічний розвиток розумових і фізичних здібностей не лише здорових дітей, але й дітей з певними обмеженнями, формування їх світогляду, підготовка до життя і суспільно корисної праці.

Базовий для освітньої галузі Закон України «Про освіту», який ґрунтується на Конституції України, утримує пряму згадку про забезпечення рівності незалежно від стану здоров'я. В Державній націона-

льній програмі «Освіта» (Україна ХХІ століття) наголошується на необхідності вдосконалення освіти дітей та молоді з порушеннями психофізичного розвитку в системі закладів суспільного виховання та освіти, забезпечення повноцінної життєдіяльності та соціальної адаптації, розвитку в них адаптаційних можливостей.

Важливим кроком у формуванні соціальної політики в Україні є прийняття Закону України «Про охорону дитинства», де центральним моментом виступає поняття «дитина», а діти-інваліди розглядаються як група, що потребує першочергової допомоги. Соціально-економічний розвиток України на сучасному етапі зумовлює визначення нових пріоритетів і перспектив розвитку дітей із особливостями психофізичного розвитку, до розробки нових технологій педагогічної корекції властивих їм порушень на основі гуманістичного особистісно орієнтованого підходу. Сучасний період характеризується тим, що з ініціативи батьків дітей із особливостями психофізичного розвитку в Україні з 90-х років минулого століття набули ознак стійкої тенденції інтеграційні процеси. Окремі державно-правові акти спрямовані на створення соціально-економічних умов для інтеграції у суспільство дорослих і дітей з особливостями розвитку, зокрема Державна національна програма «Освіта» (Україна ХХІ століття), Державна програма «Діти України». На виконання цієї програми інститут спеціальної педагогіки розробив Концепцію «Спеціальна освіта осіб з фізичними та психічними вадами в найближчі роки і перспективу» та Концепцію «Реабілітація дітей-інвалідів та дітей з обмеженими можливостями». Визначаючи інтеграцію одним зі стратегічних завдань розвитку спеціальної освіти, варто наголосити на тому, що курс на освітню інтеграцію передбачає повне збереження спеціальних установ, які успішно функціонують на території України та відкриття нових спеціальних закладів у відповідності до інноваційних освітніх моделей.

Прийнятий у 2001 році Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» визначає основи соціальної захищеності інвалідів в Україні та гарантує їм рівні, поряд з іншими громадянами, можливості для участі в економічній, політичній та соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов для повноцінного життя відповідно до індивідуальних здібностей та інтересів.

Закон України «Про реабілітацію інвалідів», прийнятий у 2005 році, став базовим законом, в якому зазначена мета державної

політики щодо відношення до інвалідів, а також визначені основні заходи зі створення різноманітних умов усунення або компенсації обмежень життєдіяльності інвалідів.

Творення соціальної політики знаходиться не тільки в руках держави, але й залежить від активності освітян та членів громадських організацій, а також лікарів. Як агенти і соціально-психологічні механізми функціональної сторони соціалізації розглядаються ставлення різних представників суспільства до дітей з порушеннями психофізичного розвитку, готовність до їх прийняття та залучення в систему суспільних відносин. Однією з умов соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку є забезпечення переходу членів суспільства від негативного або нейтрального ставлення до можливостей даної категорії дітей до безумовно-позитивного і умовно-позитивного. Суспільство має адаптувати існуючі в ньому стандарти до потреб людей з обмеженими можливостями, для того, щоб вони не почувалися заручниками обставин та обмеженої дієздатності.

Потреба інтеграції в цивілізовані структури міжнародної спільноти з її нормативно-правовими особливостями й здобутками у сфері забезпечення соціально-реабілітаційного комфорту життєдіяльності людей з порушеннями психофізичного розвитку повинна містити реформування застарілих засобів і методів та активне задіяння інноваційних технологій. Головна концептуальна ідея інноваційних реабілітаційних технологій полягає у створенні за допомогою соціальних служб і активної підтримки сукупного потенціалу навколишнього соціуму умов для забезпечення компенсації обмежених можливостей депривованої людини та надання їй реальних шансів для самоактуалізації.

На законодавчому рівні створюються умови для сприяння соціальної інтеграції людей із обмеженими фізичними можливостями:

- Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" (станом на 12 червня 2007 року);
- Наказ МОН України: № 691 від 2 грудня 2005 року „Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю“;
- Указ Президента України № 900/2005 від 1 червня 2005 року „Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями“;
- Указ Президента України № 1228/2007 від 18 грудня 2007 року „Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих

умов для життєдіяльності осіб із обмеженими фізичними можливостями"

### **Пріоритетні напрямки соціально-правового захисту дітей та молоді з особливими потребами в Україні:**

1. Підтримка та забезпечення матеріально-технічної бази існуючих загальноосвітніх та спеціальних навчальних закладів для дітей з особливими потребами.
2. Розвиток альтернативних освітніх систем та нових типів навчальних закладів для дітей та молоді з особливими потребами.
3. Підвищення престижу освіти та розробка національних стандартів освіти і програм правового захисту дитинства.
4. Медична, соціально-правова підтримка сім'ї як природного середовища для дітей з особливими потребами.
5. Забезпечення охорони материнства та дитинства.
6. Створення гідних умов для духовного та фізичного розвитку дітей та молоді з особливими потребами.
7. Створення спеціалізованих соціальних служб з питань соціального захисту дитинства в Україні.
8. Створення гідних умов для духовного та фізичного розвитку дітей та молоді з особливими потребами.

### **Основи законодавства щодо соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні.**

Законодавчою базою її є Конституція України, Закони України, підзаконні акти, міжнародно-правові акти затверджені Верховною Радою України. Основну увагу приділено нормам законодавства, які безпосередньо визначають життя окремих осіб з інвалідністю, їх правове становище, стосунки між ними та органами влади й місцевого самоврядування.

Здоров'я людини в Україні розглядається як одне з найголовніших немайнових благ особи. Статтею 3 Конституції України здоров'я людини, як і її життя, особиста честь і гідність, недоторканність і безпека, визначено найвищою соціальною цінністю. Згідно зі статтею 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я.

У статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, що після Конституції є другим за юридичною вагою правовим актом у цій сфері, здоров'я визначається як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і

фізичних дефектів. Таким чином, у національне законодавство України практично імплементовано визначення здоров'я, прийняте ВООЗ.

Слід наголосити на тому, що Основи законодавства України про охорону здоров'я не лише дають визначення основних понять, змісту права на охорону здоров'я та її принципів, а й водночас встановлюють певні обов'язки для суспільства, держави й особистості. Вони містяться у розділі IV "Забезпечення здорових і безпечних умов життя". У свою чергу, цей розділ складається зі статей, що стосуються підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення; забезпечення охорони навколишнього середовища як важливої передумови життя і здоров'я людини; забезпечення санітарного благополуччя територій і населених пунктів; створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку; запобігання інфекційним захворюванням; проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств із шкідливими та небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих; сприяння здоровому способу життя населення.

Зокрема, у статті 25 "Підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення" встановлено, що держава забезпечує життєвий рівень населення, втому числі їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання його здоров'я. З цією метою на основі науково обґрунтованих медичних, фізіологічних і санітарно-гігієнічних вимог встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, втому числі безоплатне, забезпечення найуразливіших категорій населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, вживається комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних, інших осіб, у яких немає певного місця проживання. Безоплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їхнього життя і здоров'я.

За міжнародними підходами до розробки та впровадження політики сприяння здоров'ю і пропаганди здорового способу життя Основи законодавства України про охорону здоров'я в загальному вигляді охоплюють практично весь спектр необхідних стратегій у цій сфері, трактуючи здоров'я, охорону здоров'я та здоровий спосіб життя як багатосторонні поняття і проблеми, що потребують при їхньому

розв'язанні багатосекторного комплексного підходу. Цей акт встановлює цілком адекватне міжнародним підходам розуміння здоров'я, охорони здоров'я, права на охорону здоров'я та здорового способу життя, використовуючи при цьому як основний елемент багатофакторність етіології більшості захворювань і необхідність боротьби з ними на індивідуальному, сімейному та суспільному рівнях.

Згідно зі ст. 4 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 21 березня 1991 року, діяльність держави стосовно осіб з інвалідністю полягає у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посиленій трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист осіб з інвалідністю полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, орієнтації та сприйняття інформації, протезування, пристосованого житла, у забезпеченні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні проектування населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до потреб осіб з інвалідністю.

### **Закони та державні правові акти соціально-правового захисту дітей та молоді з особливими потребами:**

1. Загальна декларація прав людини.
2. Європейська конвенція прав людини.
3. Конвенція про права дитини
4. Національна програма "Діти України".
5. Державна національна програма "Освіта /Україна ХХІ століття/.
6. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 р.
7. Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 21.03.1991 р.
8. Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення" від 12.12.1991 р.
9. Закон України "Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні" від 5.02.1993 р.
10. Закон України "Про зайнятість населення" від 1.03.1991 р.
11. Закон України "Про пенсійне забезпечення" від 5.11.1991 р.
12. Закон України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" від 28.02.1991 р.
13. Постанова КМ України № 143 "Про невідкладні питання діяльності дитячих навчально-виховних закладів" від 23.03.1992 р.

14. Постанова КМ України № 1303 “Про впровадження безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів окремим групам населення та за певними категоріями захворювань” від 17.08.1998 р.

### **Основні принципи політики держави щодо соціального захисту осіб з інвалідністю:**

1. Принцип верховенства закону. Він полягає у тому, що регулювання соціального захисту осіб з інвалідністю здійснюється законодавством України. У випадках, коли договорами (угодами) між Україною та іншими державами передбачені інші положення, ніж ті, що передбачені законодавством України, застосовуються положення, встановлені цими договорами (угодами). Забороняється застосування нормативних актів органів державної влади та органів місцевого самоврядування, які у будь-який спосіб створюють для осіб з інвалідністю умови, що обмежують їх права, передбачені законодавством України;

2. Принцип юридичної рівності й недискримінації полягає у рівності перед законом усіх осіб з інвалідністю, крім випадків, коли їх обмеження передбачене законодавством України щодо їх дієздатності; у забороні будь-яких дій, результатом яких є обмеження прав і дискримінація осіб з інвалідністю, крім випадків, коли обмеження прав передбачено чинним законодавством; недопустимості обмеження дієздатності особи з інвалідністю без судового рішення;

3. Принцип захисту інтересів осіб з інвалідністю. Україна як держава: забезпечує рівні з усіма іншими громадянами можливості осіб з інвалідністю у реалізації громадянських, економічних, політичних та інших прав і свобод, передбачених чинним законодавством; створює умови для надання особам з інвалідністю адресної грошової допомоги та можливості для проходження індивідуального санаторно-курортного лікування; забезпечує осіб з інвалідністю необхідними засобами орієнтації та сприйняття інформації, протезування, пересування, в тому числі транспортними засобами; частково компенсує витрати інвалідів на ремонт транспортних засобів; створює необхідні умови для працевлаштування осіб з інвалідністю, їх освіти, професійної підготовки та соціально-трудової реабілітації.

### **Основними напрямками соціальної політики стосовно осіб з інвалідністю є:**

- профілактика інвалідності, як система державних заходів з попередження інвалідності;

- медико-соціальна експертиза, що базується на нових визначеннях інвалідності;
- реабілітація осіб з інвалідністю, спрямована на поновлення здоров'я і особистого статусу інваліда, професійних і соціальних зв'язків;
- соціальне обслуговування осіб з інвалідністю, що передбачає вдосконалення і розвиток нових форм допомоги і видів послуг;
- створення безбар'єрного середовища, що забезпечує нормальну життєдіяльність особам з інвалідністю у різних сферах перебування.

Реалізація державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю покладається на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві із громадськими організаціями осіб з інвалідністю забезпечують розробку й виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, компенсації вад і розладів функцій організму особи, створення умов для їх усунення шляхом медичної, психологопедагогічної, психологічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю. За допомогою законодавства втілюється у життя соціальна політика держави. Прийняте законодавство щодо осіб з інвалідністю має бути фінансове забезпечене та передбачати санкції за його невиконання.

Важливими складовими державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю є державні соціальні нормативи у сфері реабілітації та державні типові програми реабілітації осіб з інвалідністю.

Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації осіб з інвалідністю встановлюють вимоги до змісту та обсягу реабілітаційних заходів з відновлення та компенсації обмежених функціональних можливостей особи з інвалідністю з урахуванням оцінки стану її здоров'я щодо здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролювання своєї поведінки, навчання і зайняття трудовою діяльністю.

Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації осіб з інвалідністю розробляються центральними органами виконавчої влади у межах їх повноважень за участю реабілітаційних установ, відповідних науководослідних установ, на основі наукових досліджень. Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю визначає гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і

соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються людині з інвалідністю, дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах.

Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю розробляється центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за участю інших центральних органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації людей з інвалідністю, з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю.

Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю і порядок її реалізації погоджується з Радою у справах осіб з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України та затверджується Кабінетом Міністрів України.

### **Типи реабілітаційних установ:**

Реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, відносяться до таких типів:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації;
- професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації.

Реабілітаційні установи можуть мати змішаний тип.

### **Створення та припинення діяльності Реабілітаційних установ**

Реабілітаційні установи в Україні створюються на основі державної, комунальної і приватної власності, а також шляхом об'єднання майна різних форм власності.

Порядок створення, реорганізації та ліквідації реабілітаційних установ встановлюється законом.

Потреба в державних реабілітаційних установах визначається відповідно до соціально-економічних і демографічних потреб України та її регіонів центральними органами виконавчої влади в межах

своїх повноважень. Рішення про їх створення приймаються Кабінетом Міністрів України.

Потребу в комунальних реабілітаційних установах визначають місцеві органи виконавчої влади. Рішення про їх створення приймаються органами місцевого самоврядування.

Реабілітаційні установи, засновані на приватній власності (в тому числі власності громадських організацій), можуть надавати реабілітаційні послуги на професійній основі за рахунок власних коштів, залучених коштів або коштів державного чи місцевих бюджетів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Реабілітаційні установи незалежно від свого статусу і відомчої підпорядкованості забезпечують якість реабілітації (абілітації) відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв і вимог до реабілітаційних заходів.

Відомості про реабілітаційні установи незалежно від їх форми власності та відомчої підпорядкованості центральний орган виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики вносить до Реєстру установ.

#### **Державна типова програма реабілітації інвалідів.**

Мінсоцполітики наказом від 09.08.2016 № 855 затверджено Типове положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, яке зареєстровано у Міністерстві юстиції України 01.09.2016 за № 1209/29339.

Таким чином, зазначений нормативно – правовий акт є підставою для практичного запровадження моделі комплексної реабілітації (абілітації) осіб з інвалідністю та/або дітей з інвалідністю та/або дітей віком до двох років (включно), які належать до групи ризику, щодо отримання інвалідності, зокрема на базі діючих державних реабілітаційних установ, підпорядкованим Мінсоцполітики, а також комунальних реабілітаційних установ (на рівні області, району, міста, об'єднаної територіальної громади).

У зв'язку з цим Мінсоцполітики нещодавно ініційовано деякі зміни щодо подальшої діяльності реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю (державної форми власності) в частині впровадження та реалізації практики надання послуг комплексної реабілітації, що полягають у перейменуванні установ та затвердженні нових положень.

Державна типова програма реабілітації інвалідів встановлює гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фі-

зичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах.

Державна типова програма реабілітації інвалідів розробляється центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за участю інших центральних органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів, з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій інвалідів.

Державна типова програма реабілітації інвалідів і порядок її реалізації погоджуються Радою у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України та затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до законодавства послуги з реабілітації (абілітації) надаються на безоплатній основі особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, дітям віком до двох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, з усіх регіонів України.

Вирішення організаційних питань щодо направлення та зарахування отримувачів до центрів комплексної реабілітації має здійснюватися у рамках:

- Порядку надання інвалідам, дітям – інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 11.12.2013 №921);

- наказу Мінсоцполітики від 28.07.2016 № 825 «Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.07.2016 за № 1121/29251.

Відповідно до положень про державні реабілітаційні установи їхнім цільовим призначенням є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та дітей віком до двох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої

максимальної незалежності, формування та розвиток фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу.

Такі центри забезпечують тимчасове перебування осіб в амбулаторному або стаціонарному режимі, які мають відповідні медичні показання та потребують спеціальних умов для одержання ними комплексу реабілітаційних заходів.

Строк реабілітаційного процесу визначається реабілітаційною комісією проведення відповідного обстеження особи і не може перевищувати 60 календарних днів на рік.

Реабілітаційні установи можуть створювати реабілітаційні комісії, до складу яких входять провідні фахівці реабілітаційної установи та представники місцевих органів виконавчої влади відповідно до типу реабілітаційної установи.

Реабілітаційні комісії здійснюють:

- планування навчально-виховної та корекційно-відновлювальної роботи, контроль за її ефективністю;
- визначення реабілітаційних технологій, строків і тривалості проходження реабілітації особою з інвалідністю, дитиною з інвалідністю відповідно до їх індивідуальної програми реабілітації з урахуванням реабілітаційного потенціалу особи та реабілітаційного прогнозу;
- контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю;
- забезпечення послідовності, комплексності і безперервності виконання реабілітаційних заходів, оцінку їх результатів та ефективності;
- внесення змін до індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю у разі необхідності її оперативного коригування;
- затвердження висновку про виконання індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.

**ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ** про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю надано у Додатку 1.

### **Література:**

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 р. №875-XII

2. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти: метод. посіб. Є.А. Клопота, В.Г. Бондаренко, О.А. Клопота, С.А. Бондаренко. – Запоріжжя: ЗНУ, 2008. – 114 с.
3. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник. – Київ : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
4. Конституція України: Прийнята 5 сесією Верховної Ради України 28 червня 1996 р.
5. Пасічніченко С. Правовий захист понять «інвалід» та «інвалідність» // Підприємство, господарство і право. – 2005. - №11. – С. 138-140.
6. Шумна Л.П. Правові основи реабілітації інвалідів в Україні: Автореф. дис. К.ю.н. – Х., 2003. – 19 с.

---

## РОЗДІЛ 2

# ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

---

### 2.1. Психологічний аналіз проблеми соціалізації дітей

Поняття соціальна реабілітація нерозривно пов'язане з поняттям соціалізація.

Соціалізація – найширше поняття серед процесів, що характеризують формування особистості, це багатогранний процес, в якому діють складні соціальні, соціально-психологічні, психологічні та інші механізми.

Процес соціалізації став об'єктом наукових пошуків досить давно. З цією проблемою пов'язані імена Ф. Гиддінгса, Г. Тарда, Е. Дюркгейма, Т. Парсонса, Ч. Кулі, Дж. Г. Міда, Л. Колберга, Е. Еріксона, А. Маслоу, Ф. Найгарда, Н. Смелзера, К. Роджерса, А. Оллпорта та ін.

Термін «соціалізація» у науковий обіг був введений американським соціологом Ф. Гиддінгсом. У 1887 р. в книзі «Теорія соціалізації» він визначив суть цього процесу як «розвиток соціальної природи і характеру індивіда», як «підготовку людського матеріалу до соціального життя».

У сучасній психологічній науці переважають різноманітні трактування терміну «соціалізація»:

процес засвоєння індивідом певної системи знань і норм, що дозволяють здійснювати свою життєдіяльність адекватним для суспільства способом (Б. Ананьєв, Н. Голованова, І. Кон)

процес розвитку особистості в системі суспільних відносин (С. Вершловський);

процес активного відтворення системи соціальних зв'язків індивіда за рахунок його активної діяльності і активного включення в соціальне середовище (Г. Андреева, Р. Баркер, І. Кон, Т. Парсонс);

процес розвитку людини у взаємодії з навколишнім середовищем (А. Мудрік) [7].

Розгляд теоретичних аспектів проблеми соціалізації дозволив встановити, що характеристика цього поняття виражається, щонайменше, п'ятьма підходами [7].

Перший — соціологічний підхід, в межах якого соціалізація розглядається як трансляція культури від покоління до покоління, як загальний механізм соціального спадкоємства, що охоплює і стихійні дії середовища, і організовані — виховання, освіту.

Другий — факторно-інституційний підхід. Соціалізація визначається як сукупність, множинність, неузгодженість і деяка автономність, а не жорстка ієрархічна система дії чинників, інститутів і агентів соціалізації.

Третій — інтеракціоністський підхід. Соціалізація в якості найважливішої детермінанти припускає міжособистісну взаємодію, спілкування, без якого неможливе становлення особистості і сприйняття нею картини світу.

Четвертий — інтеріоризаційний підхід. Соціалізація є освоєнням особистістю норм, цінностей, установок, стереотипів, вироблених суспільством, внаслідок чого у неї складається система внутрішніх регуляторів, звичних форм поведінки.

П'ятий — інтраіндивідуальний підхід. Соціалізація не вичерпується адаптацією до соціального середовища, а є творчою самореалізацією особистості, перетворенням себе, будується як діяльнісна модель індивідуалізації.

Аналіз цих підходів до поняття «соціалізація» дозволяє дійти висновку, що початковою точкою розуміння даного процесу є розвиток взаємовідношення суспільства і особистості. Соціалізація припускає не тільки свідоме засвоєння дитиною готових форм і способів соціального життя, способів взаємодії з матеріальною і духовною культурою (адаптацію до соціуму), але і вироблення (спільно з дорослими і однолітками) власного соціального досвіду, ціннісних орієнтацій, свого стилю життя. Дитина розвивається, щоб відповідати соціальним вимогам і бути прийнятою в систему соціальних відносин [4]. Разом з цим, соціалізацію можна вважати основною умовою психічного розвитку дитини (принаймні, в його вищих, власне людських проявах).

Весь процес онтогенетичного розвитку дитини підпорядкований логіці і завданням соціалізації, тобто сама соціалізація розглядається як процес і результат розвитку особистості. У процесі соціалізації у людини формуються соціальні якості, знання та вміння, відповідні навички, що дає їй змогу стати дієздатним учасником соціальних відносин. На думку Л. Виготського [5], дитина, народившись, вже є

соціальною істотою, оскільки її з самого народження оточує багатогранний, складноструктурований соціальний світ того суспільства, повноправним членом якого їй ще доведеться стати, але без якого вона вже не може існувати. Відносини дитини і цього світу постійно змінюються — поступово вона оволодіває діями з предметами, в яких закріплено соціальний спосіб їх виконання; надалі світ її спілкування розширюється, все більше людей в нього включається; вона пізнає все більше соціальних ролей; у неї починають формуватись перші уявлення про себе як про частину даного соціального світу. Поступово оточуючий соціальний світ відкривається дитині в системі існуючих рольових взаємовідносин, правил соціальної поведінки, культурних норм взаємодії. Ролі засвоюються при умові активної та повноцінної участі дитини в системі соціальних відносин, на основі реальних життєвих спостережень, в процесі спілкування, а також під впливом засобів масової інформації і т.п. В подальшому соціальне оточення надає дитині спектр чітко оформлених ціннісно-нормативних моделей і зразків соціальної поведінки.

Вплив соціального середовища на формування особистості здійснюється лише в тому випадку і тією мірою, якою особистість в результаті активного ставлення до соціального середовища сама здатна взяти його як орієнтир у своїй життєдіяльності, або йому протидіяти. Таким чином формується персональна ціннісно-нормативна система особистості. Визначена логіка процесу соціалізації може бути відображена рис.1.

Для подальших міркувань необхідно використовувати і аналізувати категорії соціальної ситуації розвитку і механізму інтеріоризації. Під соціальною ситуацією розвитку розуміється система взаємин дитини з іншими людьми, яка складається в певному віці і задає специфіку психічного розвитку впродовж наступного етапу життя. Відповідно до цього можна вважати, що поняття соціалізації відображає залежність психічного розвитку дитини на кожному етапі дитинства від соціальної ситуації розвитку. Сама соціальна ситуація розвитку в інтерпретації Л. Виготського [6] має двоякий сенс: вона визначається, з одного боку, зовнішніми (об'єктивними) змінами в житті дитини, а з іншого — психологічними (суб'єктивними) змінами самої дитини й її переживаннями. Суб'єктивний аспект соціальної ситуації розвитку дозволяє говорити про те, що входження дитини в систему соціальних відносин, тобто її соціалізація, припускає зміну форм і способів переживання нею самою цих відносин і участі в них.



**Рис.1. Розгортання процесу соціалізації за Л. Виготським**

Тут доречно пригадати, що, характеризуючи дитячий вік, Л. Виготський [6] пише про те, що для дитини будь-яка життєва ситуація і будь-яка подія починають існувати тільки у присутності дорослого, який є для дитини психологічним центром будь-якої ситуації. Іншими словами, у дитини відсутні внутрішня готовність і здатність бути повноцінним суб'єктом соціальних відносин, але є об'єктивна залежність цих відносин від дорослого. У цьому контексті можна сказати, що соціалізація — це процес і результат розвитку дитини як суб'єкта людських відносин. Цієї точки зору дотримувався і автор концепції діяльнісного підходу О. Леонтьєв [11], який вказував на те, що дитина впродовж дитинства перетворюється з об'єкту розвитку в суб'єкт розвитку. Поняття соціальної ситуації розвитку, таким чином, дозволяє конкретизувати поняття соціалізації.

Механізм формування суб'єкта соціальних відносин в процесі соціалізації дитини був позначений Л. Виготським терміном «інтеріоризація». Процес інтеріоризації є формування вищих форм поведінки і психічної діяльності дитини, тобто її суб'єктності, яка мислиться саме як свідомий прояв особистості, як процес «переходу» представлених зовні («розділених на двох») відносин дитини з іншими людьми всередину. Вищі функції, суб'єктність, таким чином, спочатку існують зовні, а їх джерелом і організатором виявляється дорослий. В процесі соціалізації, адаптуючись до соціальних вимог і освоюючи ідеальні культурні зразки психічної діяльності і поведінки, дитина сама стає ініціатором і організатором вищих форм поведінки і психічної діяльності, тобто їх суб'єктом. При цьому наголошується, що вищі форми поведінки і психічної діяльності (а отже, і суб'єктність) не є ні чимось первісно властивим дитині, ні постійним атрибутом її існування [5]. Їх прояв вимагає активної свідомості і відповідних зусиль в даний час. Отже, процес соціалізації це не тільки формування у дитини способів вирішення тих або інших задач, а і формування у неї здатності самостійно організовувати і регулювати свою діяльність, тобто уміння створювати і реалізовувати задум діяльності.

Соціально-психологічні впливи середовища, які безпосередньо сприяють інтеріоризації зовнішніх групових норм і цінностей А. Мудрик визначає як механізми соціалізації. Сучасна соціальна психологія як основні механізми соціалізації виділяє: соціальну ідентифікацію, соціальну орієнтацію, соціальну адаптацію, соціальне навіювання, соціальну презентацію, соціальну фасилітацію, соціальну інгібіцію. Ці механізми діють в спілкуванні дітей з дорослими і один з одним [13].

Соціальна ідентифікація — один з найважливіших механізмів соціалізації. Його назив

ають провідним, основним і навіть єдиним механізмом соціалізації. Ідентифікація визначається як уподібнювання, ототожнювання, намагання наслідувати певні характеристики впливової особи. О. Весна [3] визначає ідентифікацію, як необхідну умову соціального розвитку дитини, яка забезпечує засвоєння особистістю прийнятих соціальних норм. На механізмі ідентифікації засновано засвоєння дітьми різноманітних форм поведінки, норм, відносин, які проявляють батьки, більш старші діти і ровесники, оточуючі люди, навіть герої книг і кінофільмів. Дитина несвідомо ототожнює себе з людьми, що проявляють цінні із її точки зору якості і форми поведінки.

Механізм соціальної орієнтації пов'язують з усвідомленням особистістю своїх потреб і умов їх задоволення. Формула «мені потрібно» є базовою для усвідомлення потреби, але потім людина повинна визначитися: як задовольнити потребу в даних соціальних умовах, в конкретному оточенні, відповідно до свого соціального статусу.

Соціальна адаптація як механізм соціалізації передбачає пристосування дитини до навколишнього середовища: природних умов, норм і правил життя соціального оточення. Механізм соціальної адаптації дозволяє дитині засвоювати типові способи соціальних дій, форм поведінки, запам'ятати алгоритм вирішення проблем, які неодноразово повторюються.

Чималий об'єм соціального досвіду дитина засвоює неусвідомлено, емоційно переживаючи вчинки і психічні стани інших людей. Таким механізмом процесу соціалізації є соціальне навіювання.

Соціальна презентація — механізм соціалізації, суть якого полягає в тому, що в ситуаціях взаємодії з іншими людина завжди прагне підтримувати позитивне враження про себе. Дитина досить рано і ще несвідомо грає роль «слухняного хлопчика», «хорошої дівчинки», пізніше, вже докладаючи певні зусилля і контролюючи себе, освоює роль «успішного учня», «люблячого сина» та ін. Досвід переконливого виконання соціальних ролей стає «другою натурою» і найважливішою інтегральною характеристикою особистості. По суті взаємодія з людьми і є виконання ролі, яка в більшості наукових праць розглядається як показник соціалізованості особистості.

Механізм соціальної фасилітації (від англ. facilitation — полегшення) пов'язаний із стимулюючим впливом поведінки близьких людей («значущих інших») на поведінку дитини. Коли дитина відчуває любов дорослих, турботу, готовність підтримати і допомогти, її потенціал розкривається максимально, виникає довіра до соціального світу, без якої неможлива соціалізація.

Механізм інгібіції (від англ. inhibition — заборона) в процесі соціалізації визначає поведінку, яка гальмує соціальну активність. Відомо, що поведінка людини породжується не одним, а багатьма мотивами, які знаходяться в складній взаємодії, іноді суперечать один одному. Конкретна поведінкова дія, викликана яким-небудь неусвідомленим мотивом, нерідко суперечить стійким мотивам, спрямованості особистості. В процесі соціалізації дитині необхідно опанувати способи витіснення соціально неприйнятних бажань, самообмеження своїх дій.

Складність і багатогранність механізмів соціалізації багато в чому визначають необхідність комплексного підходу до вивчення психологічних проблем соціалізації підростаючого покоління. Особливої уваги заслуговує така характеристика процесу соціалізації, як стадійність цього процесу. Переважна більшість психологічних теорій розвитку (Л. Виготський, Д. Ельконін, Е. Еріксон, О. Леонтьєв, С. Максименко, Ж. Піаже та ін.) визнає стадіальний характер цього процесу й базується на аналізі вікових категорій. Кожен віковий етап характеризується появою специфічних новоутворень, які знаменують перехід до іншої системи цінностей, що пов'язано з перебудовою психіки, зміною соціальної позиції. Відомо, що немовля вступає у великий світ як біологічний організм, і його основною турботою у цей момент є власний фізичний комфорт. Через деякий час дитина стає соціальною істотою з комплексом установок і цінностей, симпатіями і антипатіями, цілями і намірами, шаблонами поведінки і відповідальністю, а також неповторним індивідуальним баченням миру.

На перших етапах формування особистості соціалізація здійснюється через спілкування, навчання, виховання, зрештою — через практичну діяльність. Це процес динамічний, постійний, такий, що безперервно діє. Тому більшість дослідників убачають соціалізацію, як процес, який починається з народження людини і продовжується все життя. Наприклад, на думку Б. Ананьєва, соціалізація охоплює весь життєвий шлях людини в суспільстві не обмежується тільки етапами формування особистості.

Виходячи з поглядів Ж. Піаже [14] про те, що особливості, структура і динаміка навколишнього середовища фіксуються в структурі і динаміці організму, тобто в процесі соціалізації дитини відбувається систематичний вплив і взаємодія генетичних, природних, ментальних, соціальних та інших систем, можна зробити висновок, що стадійність розвитку це — комплексна характеристика, яка залежить від соціально-середовищних чинників, соціально-демографічних і індивідуально-психологічних характеристик, а також смисложиттєвих і ціннісно-етичних орієнтацій суб'єкта (сенсу життя, етичних цінностей і ідеалів, життєвих принципів, соціальних норм, еталонів і ін.).

Неодмінними компонентами процесу соціалізації виступають суб'єкт і об'єкт соціалізації. Функцію суб'єкта в процесі соціалізації виконують, в першу чергу, чинники, інститути і агенти соціалізації. У такому контексті особистість виступає як об'єкт соціалізації. Суб'єкт «багаточинника» соціалізації і особистість, як її об'єкт, зна-

ходяться в стані глибокої суперечності, оскільки особистість не просто входить в систему соціальних зв'язків і адаптується в суспільстві, але в тій чи іншій мірі якщо не протистоїть суспільству активно, то завжди якимось чином опирається на життєві обставини. Іншими словами, особистість як об'єкт соціалізації постійно перебуває в гострій ситуації вибору між ідентифікацією з соціальними діями і відособленням від них або навіть боротьбою з деякими з них. Така суперечлива позиція особистості несе в собі одночасно і характеристики суб'єкта соціалізації.

Головна характеристика дитини в процесі соціалізації — носій певного соціального досвіду. Дитина з перших же хвилин народження включається в складний світ людських соціальних зв'язків. Суттю її життя стають не самі по собі дії навколишнього середовища (природні, культурні, соціальні), а перші спроби співпраці з дорослими, усвідомлення змін, які відбуваються як з предметом її діяльності, так і з нею самою. Безперечно, дитина позиціонується дорослим традиційно як об'єкт соціалізації, на який направлені всі турботи, щоб вона зайняла гідне місце в суспільстві. Але дитина в тому або іншому ступені завжди проявляє позицію суб'єкта своєї життєдіяльності. Складний процес становлення особистості здійснюється як «саморух», якому, на думку Г. Костюка [9], властива єдність зовнішніх і внутрішніх умов. Співвідношення зовнішнього і внутрішнього, об'єктивного і суб'єктивного, соціального і психічного змінюється на різних етапах розвитку особистості. І саме суперечність між зовнішнім і внутрішнім стає джерелом і основною причиною «саморуху» індивіда і становлення його як особистості.

Однією з основних суперечностей на всіх вікових етапах особистості є розбіжності між новими потребами, цілями, прагненнями особистості, яка розвивається, та досягнутим нею рівнем оволодіння засобами, необхідними для їх задоволення. Суперечності постають і в процесі появи нових потреб і мотивів та боротьби зі старими, або коли виникає потреба в підпорядкуванні ближчих, безпосередніх, індивідуальних мотивів віддаленішим, опосередкованим, суспільним мотивам діяльності. Суперечності виникають також між досягнутим рівнем розвитку індивіда та способом його життя, місцем, яке він посідає в системі відносин. У особистості постійно виникає прагнення розширити свої взаємини з навколишнім суспільним середовищем, включитися в нові види суспільної й особистісної значущої діяльності. В процесі реалізації цього прагнення виникають нові стимули для подальшого розвитку [9]. Тому, необхідно розглядати суб'єкта соціалізації

як особистість, що розвивається в часі, має власне уявлення про своє минуле, сьогодення, життєву перспективу і динаміку своїх потреб. Останнім часом інтерес дослідників все частіше прямує не до актуального стану суб'єкта, а до сфери потенційного, сфери його можливостей. Під «сферою можливого» у людини розуміється сукупність цілей, досягнення яких стає реалістичним за певних умов. Найбільшу прогностичну здатність мають не стільки показники реальних досягнень і актуального стану особистості і групи, скільки ті потенційні напрями розвитку і майбутні цілі, які суб'єкт може поставити перед собою і які, на його думку, він здатний досягти в нових умовах.

Суперечність між двома моментами, двома складовими суб'єкта — потенційним і актуальним в сучасній науці визнається рушійною силою соціального розвитку особистості. Ці суперечності неминуче виникають в «точці зіткнення» об'єктивної системи соціальних вимог, що пред'являються суб'єктові, і його реальною життєдіяльністю. За визначенням Л. Анциферової, особистість — це «людина, яка постійно повіствує собі про свої взаємини з цілим світом і під час внутрішньої полеміки з потенційними співрозмовниками затверджує, захищає, засуджує, змінює, вдосконалює себе» [2].

Загалом, доцільно говорити про особливості та відмінності соціалізації дітей від соціалізації дорослих. Дослідник Г. Брим одним з перших виокремив відмінності соціалізації дітей від соціалізації дорослих:

- соціалізація дорослих виявляється головним чином у зміні внутрішньої поведінки, тоді як дитяча соціалізація коригує базові ціннісні орієнтації;
- дорослі можуть оцінювати норми, а діти здатні тільки засвоювати їх;
- соціалізація дорослих передбачає неоднозначне розуміння добра і зла, водночас як соціалізація в дитинстві будується на повному підкоренні дорослим і строгому дотриманні правил;
- соціалізація дорослих спрямована на те, щоб допомогти людині оволодіти певними навичками, а соціалізація дітей формує головним чином мотивацію їхньої поведінки.

Процес соціалізації від форм прямих впливів, від сумісних актів діяльності дорослих і дітей поступово виходить до самоконтролю поведінки, до власної ініціативи і відповідальності дитини. Таким чином, процес соціалізації дитини містить в собі два плани дій: адапта-

цію до середовища, тобто пристосування до його впливу та умов і обставин життя, що будується на вродженому механізмі саморегуляції особистості; та самовизначення в цьому середовищі у вигляді активної позиції, яка проявляється в оцінці оточуючого середовища та прийнятті існуючих обставин чи супротиву ним.

Самовизначення може проходити в творчій, конструктивній формі самореалізації, саморозвитку і самовдосконалення, що супроводжується процесами самопізнання та пізнання оточуючого світу. Така форма самовизначення є найбільш типовою в більш-менш стабільних умовах або умовах з передбаченою динамікою.

## Література:

1. Андреева Г. М. Социальная психология: [ученик для высш. учеб. заведений] / Андреева Г. М. — [5-е изд.]. — М.: Аспект Пресс, 2006. — 363 с.
2. Анцыферова Л. А. К психологии личности как развивающейся системы / Л. И. Анцыферова // Психология формирования и развития личности. — М.: Прогресс, 1981. — С. 4-7.
3. Весна Е. Б. Социализация и индивидуализация: Закономерности и механизмы / Весна Е. Б. — Акад. пед. и социал. наук, Моск. психол. - социал. инт. — Петропавловск-Камчатский: Изд-во Камч. гос. пед. ин-та, 1997. — 200 с.
4. Выготский Л. С. Детская психология / [ред. Д. Б. Эльконина] : Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. — М.: Педагогика, 1984. — . — Т. 4 — 432 с.
5. Выготский Л. С. Проблемы развития психики / [ред. Матюшкина А. М] : Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. — М., 1991. — . — Т. 3:— 320 с.
6. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии / Выготский Л. С. — СПб.: СОЮЗ, 1997. — 224 с.
7. Голованова Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка: [учеб. пособие для студентов высших учебных заведений] / Голованова Н. Ф. — СПб.: Речь, 2004. — 272 с.
8. Кон И. С. В поисках себя. Личность и ее самопознание / И. С. Кон. — М.: Политиздат, 1984. — 335 с.
9. Костюк Г. С. Проблема личности в философском и психологическом аспектах // Избранные психологические труды / Г. С. Костюк. — М.: Педагогика, 1988. — С. 76-85.
10. Кричевский Р. Л. Социальная психология малой группы: [учебное пособие для вузов] / Р. Л. Кричевский, Е. М. Дубовская. — М.: Аспект Пресс, 2001. — 318 с.
11. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: в 2 т. / А. Н. Леонтьев. — Т. 1. — М.: Педагогика, 1983. — 320 с., ил.— (Труды д. чл. и чл.-кор. АПН СССР).
12. Максименко С. Д. Развитие психики в онтогенезе / С. Д. Максименко: [у 2 т.]. — К.: Форум, 2002. — Т. 1. — 319 с. — Т.2. — 335 с.
13. Мудрик А. В. Социальная педагогика: учеб. [для студ. пед. вузов] ; под. ред. В. А. Сластенина / А. В. Мудрик. — [3-е изд., испр. и доп. ]. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 200 с.

14. Пиаже Ж. Теория Пиаже. Разд. III: Теория стадий / Ж. Пиаже // История зарубежной психологии. 30-е — 60-е годы XX века. Тексты / [ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан]. — М.: Изд-во Моск. ун-та. — 1992. — С. 232-292.

15. Эльконин Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах / [ред. Д. И. Фельдштейна]. — М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. — 416 с.

16. Эриксон Э. Детство и общество ; [пер. с англ. Эриксон Э]. — СПб. : Летний сад, 1996. — 416 с.

## **2.2. Несприятливі умови соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку**

На противагу соціалізації, яка засвідчує єдність людини із суспільством та його вимогами, виникає асоціалізація, що полягає в засвоєнні особистістю антисоціальних норм, цінностей, негативних ролей, стереотипів поведінки, які призводять до деформації суспільних зв'язків, до дисгармонії людини і суспільства. Поряд із поняттям «асоціалізація» використовуються такі терміни, як «соціальна дезадаптація», «десоціалізація», «несприятлива соціалізація», «негативна соціалізація», «відставання в соціалізації», які також інтерпретуються як порушення процесу соціалізації. Соціальна дезадаптація означає порушення процесу активного пристосування індивіда до умов соціального середовища за наявності хибного або недостатньо розвинутого уявлення людини про себе та свої соціальні зв'язки. Процес десоціалізації передбачає, що на певній стадії нормальної соціалізації особистості відбувається її деяка деформація (людина потрапляє під вплив негативного мікросередовища), результатом якої є руйнація попередніх позитивних норм та цінностей. Вперше термін «несприятлива соціалізація» використав американський психолог Н. Смелзер, розуміючи при цьому порушення процесу комунікації в соціальному середовищі дитини. Несприятлива соціалізація дитини проявляється в її соціальній дезадаптації і є наслідком дії, переважно, таких «негативних» психологічних механізмів як сором та провина. Отже, несприятлива соціалізація — це такий процес соціалізації людини, в результаті якого суб'єкт неадаптований до свого соціального середовища. Це проявляється у нездатності людини продуктивно виконувати свою провідну діяльність, задовольняти свої основні соціогенні потреби, вступати в продуктивне спілкування, відповідати прийнятним рольовим очікуванням у міжособистісних відносинах з іншими тощо.

У несталому і нестабільному середовищі актуальними можуть бути інші форми самовизначення, які пов'язана з різним характером взаємодії суб'єкта з середовищем. Наприклад, така неоднозначна з погляду розвитку і реалізації особистості форма, як її самотрансценденція. У ряді випадків суб'єкт, самовизначаючись, може відмовитись від несприятливого середовища, використовуючи життєву стратегію уникнення. У випадку, якщо суб'єкт активно не приймає навколишнє середовище, але не силах його змінити, самовизначення набуває різних форм соціального протесту, які можуть мати руйнівний характер, у тому числі і по відношенню до самого суб'єкта, такі, як самопридушення, саморуйнування і самознищення. Подібний крайній захід використовується в тому граничному випадку, коли суб'єкт не бачить можливості інтегруватися в навколишнє середовище. В умови несприятливих умовах, яких не вдається уникнути або коли йдеться про виживання, самовизначення суб'єкта може йти по шляху самозбереження і самозахисту.

Важливо також відзначити, що на певних етапах життя у фокусі свідомості людини, що самовизначається, може знаходитися не власна особистість, а навколишній соціально-психологічний простір в цілому або окремі його компоненти. В цьому випадку самовизначення суб'єкта проходить у формі соціально-перетворюючої активності, в ході якої особистісні зміни можуть носити характер самовіддачі, самопожертвування, самообмеження і т.п..

Суб'єкт може відмовитися від адаптації в умовах, що змінюються, він може не прагнути ні до пристосування, ні до рівноваги з середовищем. Саме у цьому може полягати його самовизначення. Так, ще В. Франкл висловлював точку зору про те, що людина не вільна від умов, але вона вільна зайняти позицію по відношенню до них.

Якщо ж особистість знаходиться на утриманні держави або близьких людей, таку людину відносять до дезадаптантів. Проте з позиції самого суб'єкта цей же феномен може інтерпретуватися інакше: у випадку, якщо людина сприймає такий спосіб життєдіяльності усвідомлено, як найбільш відповідний її можливостям, очікуванням, рівню домагань і базовим цінностям, то подібна поведінка, неадаптивна з позиції суспільства, з погляду самого суб'єкта може ставати показником цілком успішної адаптації.

В процесі соціалізації суб'єкт йде шляхом оволодіння, підкорення або викорінювання середовища. Рівновага з середовищем може бути досягнута шляхом різного ступеня зміни середовища і самого суб'єкта.

Процес соціалізації відбувається саме тоді, коли дитина стає об'єктом для самої себе, — може подивитися на себе з боку, оцінити свої дії, усвідомити себе як своєрідну особистість і певним чином ставитися до себе.

З одного боку, соціалізація як процес інтеграції дитини в структуру суспільства припускає не тільки і не стільки створення зручних умов, що дозволяють дитині з відхиленнями в психофізичному розвитку (а потім і дорослому) існувати, не пристосовуючись до суспільних вимог і не долаючи власного дефекту, скільки підготовку дитини до самостійного вирішення реальних життєвих і соціальних завдань [1]. Тобто, соціалізація вимагає не пристосування зовнішніх умов до особливостей дефекту дитини, а зміни її способу існування відповідно до соціальних умов і різних форм культури.

З іншого боку, важливе значення для успішної соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку має ставлення до неї суспільства.

У цьому контексті представляється важливим виділення двох типів суспільства: суспільства «культури корисності» і суспільства «культури гідності». Основним завданням суспільства «культури корисності» є створення людини-функції, корисної для суспільства, що припускає прагматичне ставлення до людини. Основною цінністю суспільства «культури гідності» є цінність людської особистості незалежно від її соціальної корисності і функціональної значущості. Якщо «культура корисності» ставиться до дитинства виключно як до етапу підготовки до дорослості, то в «культурі гідності» дитинство розуміється як самостійно ціннісний етап життя, який є не менш значущий, ніж дорослість. Ставлення до дитини з порушеннями психофізичного розвитку з позицій «культури гідності», на наш погляд, є єдиною можливою умовою вирішення проблеми її соціалізації, оскільки тільки в цьому випадку така дитина зможе знайти своє унікальне місце в структурі суспільства.

Від моделі соціальної політики, яку обирає держава, залежить формування підходів щодо вирішення проблем людей з порушеннями психофізичного розвитку.

Нині найефективнішим визнано інтеграційний підхід [5; 7]. Інтеграція – створення рівних можливостей для життєдіяльності та розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку в суспільстві. Підхід інтеграції передбачає створення умов для навчання та працевлаштування, відвідування місць загального користування, ставлення до людей з порушеннями психофізичного розвитку на рівних.

Прямопротилежним інтеграції є сегрегаційний підхід. Сегрегація — це відокремлення людей з порушеннями психофізичного розвитку від життя в суспільстві. Діти з порушеннями психофізичного розвитку не вважаються значним соціальним ресурсом; для них забезпечується мінімальний рівень життя в умовах інтернату. У них обмежене коло спілкування. Суспільство сприймає людей з порушеннями психофізичного розвитку як групу, яка не здатна зробити свій внесок у розвиток добробуту держави. При сегрегаційному підході відповідним чином поняття «інвалід» звужується до поняття «невиліковно хворий», що принижує значення соціальної ролі людини в існуючому правовому полі й конкретних економічних умовах. Дефініція «інвалід» не розглядається з погляду багатопрофільної соціально-психологічної реабілітації, яка використовує соціальні, економічні, психологічні, освітні та інші необхідні технології [55].

У межах інтеграційної моделі соціальна допомога від провідних інститутів соціалізації передбачає: розширення сфери соціальних контактів дітей з порушеннями психофізичного розвитку; створення умов для їх довільного пересування; забезпечення економічного, юридичного, психологічного, медичного консультування; допомогу у професійному самовизначенні та працевлаштуванні.

Особливе значення для психологічного розуміння процесу соціалізації особистості дитини з порушеннями психофізичного розвитку має вивчення соціально-психологічної суті чинників цього процесу.

У роботах соціологів, соціальних психологів і соціальних педагогів поняття «чинник» в широкому сенсі включає всі види соціальних впливів; «чинник соціалізації» визначає найважливіші умови, які детермінують соціальний розвиток особистості, це — елементи навколишнього середовища, які надають соціалізуючу дію та численні обставини, за яких створюються умови для перебігу процесів соціалізації. Соціалізація людини здійснюється широким набором чинників, специфічних для певного суспільства, країни, статі, віку тощо.

Зокрема, А. Мудрик [6] виокремлює чотири групи чинників соціалізації: 1) мегачинники: космос, планета, світ, — що тією чи іншою мірою впливають на всіх жителів Землі; 2) макрочинники: етнос, країна, суспільство, держава — визначають умови життя великих груп людей, які розмежовуються за типом населення і за належністю до тих чи інших субкультур; 3) мезочинники — умови життя: демографічні умови; місце і тип поселення (регіон, село, місто); належність до соціальної групи, класу, субкультури; засоби масової комунікації (радіо,

телебачення, газети тощо); 4) мікрочинники — чинники, що безпосередньо впливають на конкретних людей: сім'я, групи ровесників, навчально-виховні організації, громадські, державні, релігійні організації, мікросоціум.

Згідно моделі людського розвитку У. Бронфенбреннера (модальних екологічних систем) підростаюча особистість активно реструктурує своє багаторівневе життєве середовище і водночас сам вплив з боку елементів цього середовища та взаємозв'язків між ними, а також з боку ширшого докілья. Ця взаємодія та розвиток загалом відбуваються завдяки мікросистемі, мезосистемі, екзосистемі та макросистемі, між якими існують гнучкі прями і зворотні зв'язки.

Мікросистема (перший рівень моделі) стосується занять, ролей і взаємодій індивіда та його найближчого соціального мікродокілья. Активний розвиток дитини в сім'ї може підтримуватися чутливістю матері щодо перших кроків дитини до самостійності. В свою чергу, прояв дитиною незалежності може спонукати батьків до пошуку нових способів підтримки розвитку такої поведінки.

Мезосистема (другий рівень) утворюється завдяки поєднанню і взаємозв'язкам двох або більше мікросистем. Важливого значення набувають формальні та неформальні зв'язки між школою і сім'єю, або школою, сім'єю і групою однолітків. Активне спілкування батьків з учителями може позитивно відобразитися на успіхах дитини. Відповідно відбувається зворотній зв'язок з боку педагогічного середовища насамперед через уважне ставлення вчителів до дитини, яке позитивно впливає на взаємодії з членами сім'ї.

Екзосистема (третій рівень) стосується тих рівнів соціального середовища, які знаходяться поза сферою безпосереднього досвіду індивіда, тим не менше мають вплив на нього: неформальне соціальне середовище — місце роботи батьків, покращення побутових умов; неформальне оточення — розширення сім'ї дитини, друзі батьків тощо.

Макросистема (четвертий зовнішній рівень) включає аксіологічні пріоритети, життєві цінності, норми, закони і традиції тієї культури (субкультури), в якій живе індивід.

Розвиток особистості, як суб'єкта соціалізації відбувається завдяки модальних екологічних систем, тобто залежить від соціально-економічних реалій суспільства, впливу соціуму та мікросоціуму, що здійснюються різними агентами соціалізації.

Яке ж місце різні чинники займають в соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Дуже важливе розуміння систем-

ності, одночасності і нерівномірності соціалізуючих впливів та індивідуальної самобутності реакції особистості дитини з порушеннями психофізичного розвитку на ці впливи. Складність соціальної ситуації хворої дитини, відмінність умов і якості життя, впливає на неоднаковість сприйняття нею світу.

Для дитини з інвалідністю, яка виховується в умовах сенсорної, просторової, рухової, комунікативної, інформаційної, емоційної, сімейної та іншої депривації, чинники соціалізації апріорно мають іншу ієрархію, ніж детермінантний ряд здорової дитини (рис. 2.).

Окреме місце посідає чинник переживання дитиною своєї фізичної недостатності. Обмеження рухової активності (депривація рухової активності), сенсорні недоліки (сенсорна депривація) приводить до ізоляції дитини від навколишнього світу (комунікативна депривація) і викликають недовіру до нього, впливають на усвідомлення своєї соціальної ролі, як інваліда.

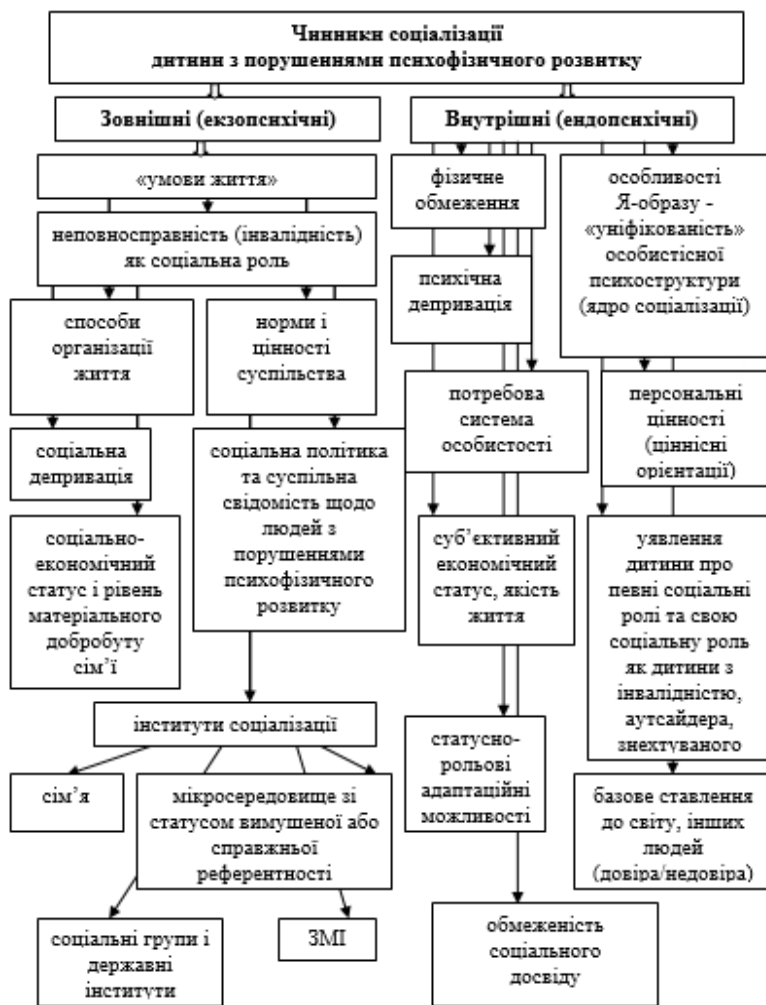
Обмеженість рухової активності утруднює безпосередній досвід участі дитини в суспільній діяльності. Відсутність досвіду соціальної поведінки сприяє закріпленню інфантильності, несамостійності, невпевненості в собі дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

На перше місце виступають такі зовнішні чинники як соціальний статус дитини з інвалідністю і соціальна депривація та внутрішні — низка психотипових ознак, таких як недоліки у фізичному (фізичне обмеження) і психічному розвитку («уніфікованість» особистісної психоструктури дитини), а також їх наслідки — невропатологічні, соматичні порушення і порушення в особистісному розвитку і соціальному становленні особистості (психічна депривація).

Неповносправність (інвалідність) — тотальний деприваційний чинник, який призводить до істотного обмеження життєдіяльності дітей, сприяючи соціально-психологічній дезадаптації. Нажаль, переважно, в нашому суспільстві поняття «інвалід» звужується до поняття «невиліковно хворий», що послабляє значення соціальної ролі дитини з обмеженими фізичними можливостями в існуючому правовому полі й конкретних економічних умовах. Статус дитини з інвалідністю — бар'єр для дитини на шляху її соціалізації. Суспільство зацікавлене в тому, щоб його члени успішно опановували суспільні ролі, брали участь у безпосередній виробничій діяльності.

Усталена соціальна політика та суспільна свідомість не санкціонують захист інтересів дитини з інвалідністю у різних сферах життєдіяльності. На даний час не існує доступного для особи з інвалідністю





**Рис. 2. Чинники соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку**

Здебільшого найзначущішими агентами соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку виступають батьки, вихователі, вчителі, лікарі, психологи та деякі інші референтні особи. Досить часто мікросоціумом використовуються компенсаторні форми надання допомоги, часто формальна гіперопіка з боку соціальних інституцій, що спрямована на створення сурогатних умов для дитини з метою компенсувати дефіцит соціальної взаємодії, може призвести до

настановлень на соціальну «паразитарність» і завчену безпорадність. Гіперопікаюче або нехтуюче, авторитарне ставлення до хворої дитини несприятливо впливає на розвиток їхньої самосвідомості. Повноцінному перебігу особистісного становлення дитини-інваліда перешкоджає депривація в сім'ї — це такий стан дитини, коли інші члени сім'ї не в змозі (або не хочуть) задовольнити її актуальні проблеми, що в свою чергу викликає стан психічної напруженості і може призводити до негативних наслідків як для самої дитини, так і для її мікросередовища. Дуже часто до дитини в сім'ї висуваються занижені вимоги, виявляється гіперопіка, гіперпротекція, дитині зазвичай не надається можливості проявити власну активність і отримати власний досвід.

Соціальний статус сімей дітей з інвалідністю сприймається батьками болісно, на пеший план виступає зовнішній локус-контроль, вони вважає, що події її життя скеровуються випадком, удачею, іншими особистостями, а не обумовлюються її власною поведінкою. 3) Енергетична константа. Слабко виражене прагнення до успіху. Переважає мотив уникнення невдачі. 4) Інформаційна константа. Низька самооцінка, нерозвинене почуття власної гідності і впевненості в собі, низький рівень домагань.

Об'єктивна або суб'єктивна неможливість самореалізації та досягнення значимих цілей, почуття соціальної й економічної незахищеності або втрата відповідальності і контролю над ситуацією переводять стиль життя в площину «вимушеності», що є показником негативної адаптації до несприятливих рівнів життя [227]. Водночас нездатність або небажання приймати рішення, відхід від відповідальності, екстернальний тип локусу-контролю, перекладання відповідальності на інших, острах самостійного рішення, відчуття фатальності того, що відбувається, відчуття себе пасивним об'єктом економічних відносин, перехід життя в площину вимушеності породжує певне ставлення до життя.

Діти з порушеннями психофізичного розвитку характеризуються деякою «уніфікованістю» особистісної психоструктури, відсутністю індивідуальних «виживальних» стратегій поведінки в різних життєвих ситуаціях.

Значущі особистісні проблеми, які ускладнюють процес інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку в соціум: комплекс неповноцінності, відчуття неспроможності виконувати важливі людські функції, підвищена потреба в захисті; відчуття несхожості на інших, відчуженість від інших; почуття самотності внаслідок обмеженості контактів із зовнішнім світом, підлеглість у контактах, низький

рівень емпатії; екзистенційні проблеми, відчуття втрати життєвого смислу.

Існування в умовах самотності, знехтуваності, монотонності, ізолюваності від нормативного плину життя соціального довкілля, одноманітність, емоційно-інтелектуальна збідненість умов і середовища, стереотипність і щоденна рутинність життєіснування призводять до зниження активності, інтелектуальної енергії, стимулюють деприваційні чинники, а саме – психічну деривацію [4].

Звичайно, такий стан справ суттєво ускладнює і сповільнює перебіг соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку, тому що для успішного функціонування в соціальному житті, людині необхідні саме такі особистісні якості і уміння, як активність, усвідомленість, раціональність діяльності.

Для дітей з порушеннями психофізичного розвитку характерна відсутність складної мотивації, що ґрунтується на простих потребах досягнення лише оптимального рівня функціонування основних життєвих процесів.

Діти з порушеннями психофізичного розвитку неадекватно завищують, а частіше занижують свої можливості у вирішенні екзистенційно-психологічних і соціально-побутових проблем. Дослідниками [2] виявлено зсув у їх мотиваційній сфері з мотиву переваги на мотив підпорядкування дорослому, що робить гальмуючий вплив на формування власних активних особистісних настанов. Ціннісні орієнтації дітей з порушеннями психофізичного розвитку істотним чином відрізняються від ціннісних орієнтацій нормотипових дітей. Очевидно, що ураженим хворобою дітям головною цінністю видається здоров'я, нормативна сила, яка здатна їх захистити й «перевести» в інший статус — повноцінного суб'єкта активного й повносправного життєіснування [4].

Розглядаючи ситуацію інвалідності як стресову, потрібно враховувати і той факт, що стресогенна ситуація здатна розбудити і стимулювати особистісні ресурси і таким чином сприяти формуванню продуктивних механізмів для адаптації до життя.

Дитина з порушеннями психофізичного розвитку може стати повноцінним членом суспільства, виступаючи не тільки об'єктом, але й суб'єктом соціалізації шляхом самоактуалізації через засвоєння суспільних норм, цінностей соціального довкілля на рівні суб'єктної активності, тобто завдяки особистісному саморозвитку, самореалізації. Дитина повинна не тільки адаптуватися до суспільства, але и брати

активну участь у процесах соціалізації, впливаючи на успішність власного становлення. Особливе значення має процес формування системи її ціннісних орієнтацій, які відображають внутрішню основу відносин людини до різних цінностей матеріального, морального і духовного порядку. Тільки активно і повноцінно беручи участь у системі соціальних взаємин, дитина з порушеннями психофізичного розвитку може засвоїти основні ролі, які доводиться виконувати в житті, виробити особисте ставлення до цих ролей, унаслідок чого у неї з'явиться можливість до самопрезентації та самореалізації як соціального феномену. Підготовка до реалізації тієї або іншої ролі може бути здійснена лише після уявлення людини про цю роль («образ» ролі»), які формуються на основі реальних життєвих спостережень, у процесі міжособистісного спілкування, а також під впливом засобів масової інформації та інших джерел.

Для дитини з порушеннями психофізичного розвитку, яка виховується в умовах сенсорної, просторової, рухової, комунікативної, інформаційної, емоційної, сімейної депривації, чинники соціалізації априорно мають іншу ієрархію, ніж детермінантний ряд здорової дитини. Зокрема до екзопсихічних чинників віднесено — розвиток суспільства; норми і цінності суспільства; соціальну політику та суспільну свідомість щодо людей з обмеженими фізичними можливостями; соціальний статус інваліда (неповносправність як соціальна роль); соціальну депривацію дитини; соціально-економічний статус і рівень матеріального добробуту сім'ї дитини та вплив інститутів соціалізації, основним з яких є сім'я, а саме рівень соціалізації та соціальної активності батьків дитини. До ендопсихічних чинників віднесено — низку психотипових характерологічних ознак, таких як недоліки у фізичному (фізичне обмеження) і особистісному розвитку — «уніфікованість» особистісної психоструктури; потребу систему особистості; ціннісні орієнтації; статусно-рольові адаптаційні можливості; уявлення дитини про певні соціальні ролі та свою соціальну роль як інваліда, аутсайдера, знехтуваного; базове ставлення до світу, інших людей (довіра/недовіра); а також порушення у соціальному становленні особистості — суб'єктивна якість життя, суб'єктивний економічний статус, обмеженість економічного досвіду дитини.

## Література:

1. Выготский Л. С. Принципы воспитания физически дефективных детей / Л. С. Выготский // Проблемы дефектологии. — М.: Просвещение, 1995. — С. 41-53.

2. Герасименко О. А. Особый ребенок: исследования и опыт помощи / О. А. Герасименко Р. П., Дименштейн. — М., 2000. — 121 с.

3. Голованова Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка: [учеб. пособие для студентов высших учебных заведений] / Голованова Н. Ф. — СПб.: Речь, 2004. — 272 с.

4. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: [монографія] / Ярослав Гошовський. — Дрогобич: Коло, 2008. — 480 с.

5. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів і перспектива та пріоритети / О. Мостіпан // Соціальний захист. — 2002. — № 11. — С. 13-16.

6. Мудрик А. В. Социальная педагогика: учеб. [для студ. пед. вузов] ; под. ред. В. А. Сластенина / А. В. Мудрик. — [3-е изд., испр. и доп. ]. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 200 с.

7. Права дітей з особливими потребами: посібник-довідник / [Копиленко О. Л., Сусол О. К., Хомік Л. В. та ін. ]. — К. : РННЦ «ДІНІТ», 2002. — 250 с. — (Майбутнє нашим дітям).

8. Соціально-психологічний захист дітей-інвалідів та молодих інвалідів / [упор. Н. Є. Бенюх]. — Донецьк: Сталкер, 1997. — 68 с.

9. Ставицький О. О. Психологія гандикапізму / Олег Олексійович Ставицький. — Рівне, 2011. — 376 с.

---

## **РОЗДІЛ 3**

# **ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ЦЕНТРАХ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

---

### **3.1. Поняття життєвої компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку та труднощі її формування**

Поняття життєвої компетентності дитини з порушеннями психофізичного розвитку засвідчує складне і багатоаспектне явище у системі соціалізації. Життєва компетентність охоплює у собі такі надбання особистості, як знання, вміння, навички, способи діяльності, розвинені можливості сприймання, розуміння та творчого використання матеріальних та духовних цінностей суспільства.

На основі аналізу наукових джерел (П.Наторп, Л.Виготський, В.Барулін, А.Мудрик, В.Бондар, П.Горностай, І.Ящук та ін.) виділено декілька підходів (соціальний, психологічний та педагогічний) до розуміння сутності життєвої компетентності з порушеннями психофізичного розвитку, що дозволило визначити її як умову, необхідну для дотримання існуючих в суспільстві цінностей, прав та норм поведінки, як розвинену здатність самореалізації найважливіших фізичних та психічних якостей, як духовно-практичний досвід, який може бути успішно освоєний у процесі ранньої соціальної реабілітації.

Життєва компетентність здорової дитини якісно відрізняється від життєвої компетентності дитини з певними вадами здоров'я. Існуючі відмінності пов'язані з тими утрудненнями, які виникають у дітей з порушеннями психофізичного розвитку у зв'язку з їх обмеженнями у фізичному та інтелектуальному розвитку. У дітей з порушеннями психофізичного розвитку життєва компетентність має дещо специфічний характер і зумовлена тим, що вони, постійно долають вади свого фізичного та інтелектуального розвитку, живуть в умовах постійної підвищеної уваги до своїх відхилень у здоров'ї, мають значні обмеження у соціальному розвитку.

Особливість та своєрідність життєвої компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку полягає у тому, що вона охоплює у собі декілька складових:

- загальні (фізичний, когнітивний, мовленнєвий, психологічний, соціальний, сенсорний, інтелектуальний розвиток);
- спеціальні (знання та вміння стабілізації внутрішніх та зовнішніх обставин, досвід оцінки стану свого розвитку та можливостей, вміння оцінювати життєву ситуацію та адекватно діяти, наявність інструментарію вирішення завдань життєдіяльності).

Аналіз наукових джерел та вивчення існуючої практики соціальної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку дозволяє виділити такі характерні ознаки їх життєвої компетентності, як трансформативний, різнорівневий, індивідуальний, послідовний та ступеневий характер, можливості вікової видозміни, залежність від внутрішніх та зовнішніх чинників впливу (які були розглянуті у попередньому розділі) на їх соціалізацію.

Завдання суспільства полягає у інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку в суспільство, формування їх життєвої компетентності, підготовки до активної і творчої життєдіяльності.

Обмеження фізичних можливостей індивіда виникає в наслідок порушення структурно-функціональних систем організму на фізіологічному та психофізіологічному рівнях.

Діти з порушеннями психофізичного розвитку - це діти які мають проблеми опорно-рухового апарату (*wheel-chairuser/mobility difficulties*), насамперед це дитячий церебральний параліч (ДЦП), який характеризується відсутністю контролю з боку нервової системи за функцією м'язів; діти з сенсорними недоліками, які мають проблеми слуху (*hearing impairment*) — глухі, туговухі та проблеми зору (*partially sighted*) — сліпі та слабозорі; з важкими порушеннями мови (логопати); з порушеннями інтелектуального розвитку (розумово відсталі, діти із затримкою психічного розвитку); з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, сліпі, розумово відсталі, глухі, розумово відсталі); з порушеннями опорно-рухового апарату.

Для всіх обмежень характерними є наступні компоненти:

- пошкодження (*impairment*) — будь-яка аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур чи функцій;

- порушення життєдіяльності (disability) які виникають у результаті пошкодження, втрати або обмеження можливості здійснювати повсякденну діяльність у поведінково-аксіологічному стилі, яка вважається нормальною для певного суспільства;

- соціальні обмеження (handicap), що виникають унаслідок пошкодження й порушення життєдіяльності, обмеження і перешкоди для виконання звичної для певного індивіда функціонально-статусної соціальної ролі [7; 10; 12].

Специфічна проблема дітей з порушеннями психофізичного розвитку — утруднення задоволення актуальних соціальних потреб.

Рухові та сенсорні вади є групою психомовних та моторних непрогресуючих синдромів. Виражені рухові та сенсорні порушення з перших днів життя дитини створюють несприятливі умови для її пізнавального та соціального розвитку [4; 7; 8; 9; 10 та ін.].

Рухова активність — одна з головних потреб людини, основа для повноцінної взаємодії людей. Руховий аналізатор контролює довільні рухи, що є результатом діяльності всіх інших аналізаторів та функціонування ЦНС. Обмеження рухів впливає на життєдіяльність дитини з церебральним паралічем (ДЦП), змінюючи якість сенсорної інформації, роблячи її одноманітною і монотонною. Багатократне невдале використання ослаблених і порушених рухових функцій, постійна концентрація і зусилля часто переконують хвору дитину в неповноцінності того або іншого органу і призводять до того, що вона перестає ним користуватися і вимикає його з діяльності (негативна компенсація по К. Голилтейну). Дитина може навіть і не знати всіх доступних їй рухових і інших можливостей. З цієї причини і у зв'язку з невимогливістю батьків, що жаліють свою хвору дитину, у неї достатньо швидко закріплюються патологічні рухові стереотипи. Іншими словами дитина знає потужний обмежувальний вплив, а саме: просторову (локомоційно - кінетичну, рухову, психомоторну, пересувальну) депривацію.

На думку А. Прихожан і Н. Толстих, сенсорна депривація настає тоді, коли людина відчуває так званий сенсорний голод, не отримує достатньої кількості стимулів — зорових, слухових, тактильних та інших.

Взаємозв'язок між просторовою, сенсорною депривацією та психічним станом дитини є безумовним, в умовах депривації вона впадає в депресію чи апатію, відчуває розгубленість, приреченість, самотність, тривожність, страх, нудьгу та інші дискомфортні переживання, які проявляються у вигляді підвищеної дратівливості, агресивності і

зниженні працездатності. Серед типових наслідків тривалої просторової і сенсорної депривації відзначаються також порушення мислення, пам'яті, уваги; помітні зміни самоусвідомлення.

Рухові та сенсорні вади часто супроводжуються різноманітними порушеннями здоров'я (соматичні захворювання, алергічні стани і т. д.). Слід зазначити, що в більшості випадків дитина має декілька вад — ускладнений або складний дефект. Складний дефект характеризується поєднанням двох або декількох порушень, які однаковою мірою визначають структуру аномального розвитку і труднощі соціалізації та розвинення дитини. При ускладненому дефекті виділяють провідне порушення і розлади, що ускладнюють його. Структура вторинних порушень залежить від характеру провідного дефекту.

Тут доречно пригадати бачення Л. Виготського про первинний і вторинний дефект [3]. Первинний дефект безпосередньо обумовлений органічним порушенням (наприклад, сліпотою, вадами опорно-рухового апарату). Вторинний (третинний і т. д.) дефект є нашаруванням на первинний, унаслідок специфічності соціальної ситуації розвитку, в якій опиняється дитина (якщо соціальне оточення не компенсує цих порушень, а, навпаки, провокує відхилення в особистісному розвитку, створює специфічні труднощі відображення навколишнього, взаємодії з предметним світом, встановлення комунікативних стосунків, інтеграції в соціум).

Важливо вказати на зв'язок між уявленням про первинний і вторинний дефект і поняттям про нижчі і вищі психічні функції.

Первинний дефект, як нижчі психічні функції, обумовлений біологічним, фізіологічними особливостями особистості, тоді як дефект вищого порядку, як і вищі психічні функції, значною мірою обумовлений специфікою соціальних відносин дитини. Отже формування вищих форм поведінки і психічного функціонування стає основною противогаю вторинному, третинному і т. д. дефектам. Саме розвиток вищих проявів психіки дитини виступає як компенсаторний механізм, що протистоїть органічному дефекту і сприяє соціалізації дитини. Необхідно також констатувати що, чим більше видалений психологічний дефект від первинного органічного дефекту, тим більшою мірою він залежний від соціальних умов розвитку дитини і тим більшою мірою він доступний психологічній корекції.

Фізичні вади дитини (органічна патологія) та пов'язані з ними індивідуально-психологічні і особистісні характеристики, переживання дитиною свого дефекту та впливи соціального оточення (сім'я

та суспільство) створюють специфічні труднощі в її взаємодії з оточуючими та відображенні навколишнього [1; 5; 6; 8 та ін.].

Фізичний дефект, відіграє дуже важливу роль у житті дитини і може бути причиною недостатнього рівня усвідомлення власного «Я», появи порушень взаємовідносин з навколишнім світом та між окремими психологічними утвореннями (між мотивами та самооцінкою, цінностями та самооцінкою, між «Я-ідеальним» та «Я-реальним»).

З усвідомлення себе «тілесного» і ставлення до себе «тілесного» в онтогенезі починається розвиток особистості. Л. Виготський писав: «...тілесний недолік не тільки змінює ставлення людини до фізичного світу, але і позначається також на стосунках з людьми» [3]. Відомо, що тіло людини є предметом самооцінки і певного самосприйняття. Образ тіла містить в першу чергу оцінку свого «фізичного Я». Образ тіла є психологічним явищем, яке містить наше уявлення про себе і у фізіологічному і соціальному аспектах. Складне поєднання психологічних факторів, які впливають на образ тіла, можна представити таким чином: реальне суб'єктивне сприйняття тіла з точки зору функціональності в цілому (когнітивна складова тілесності); інтеріоризовані психологічні фактори, які виникають у зв'язку з емоційними переживаннями і різними життєвими ситуаціями особистості (афективна складова тілесності); соціальні фактори реакції людей на індивіда і інтерпретація цих реакцій індивідом; ідеальний образ тіла, ставлення індивіда до свого тіла, що виникає внаслідок конкретних спостережень, порівняння, ототожнення з тілесними якостями інших людей (конативна складова тілесності).

Дитина з фізичним дефектом чи руховою патологією, з порушеною координацією рухів і незвичайною походою мимоволі привертає увагу оточуючих людей. Діти негативно оцінюють таку увагу сторонніх до власної персони і часто прагнуть її уникнути. Ставлення інших людей (дітей і дорослих) до зовнішності, до тіла хворої дитини формує її власне ставлення. Вже в 6-7 років (а іноді і в 4-5) діти починають ставити батькам питання з приводу свого зовнішнього вигляду, хвороби в цілому. У цьому віці усвідомлення дефекту викликане, в основному, недоброзичливим ставленням дітей. У більш старшому віці модальність уявлень про власний фізичний недолік набуває песимістичного забарвлення [9].

Одних дітей переживання фізичної недостатності мобілізують на боротьбу з хворобою, на заняття повноцінного місця в соціальному житті, у інших ці переживання починають займати центральне місце

і унеможлиблюють перебіг їх активного життя. Щоб справитися з такими обтяжливими станами, діти формують своє «бажане майбутнє», яке є особистісною компенсацією переживання обмеженості реальних можливостей [13].

Найважливішим фактором розвитку вторинного дефекту є соціальна депривація.

Соціальна ситуація розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку якісно відрізняється від соціальної ситуації розвитку фізично здорових дітей і пов'язана із соціальними обмеженнями. Для соціальної ситуації розвитку хворої дитини характерним є сукупність обставин: соматовегетативні наслідки хвороби; особливе положення дитини в сім'ї, в групі однолітків, в суспільстві (суспільних місцях); соціальні наслідки хвороби (депривація рухової активності, обмеженість і «заданість» кола спілкування і т.п.); регулярні госпіталізації, що супроводжуються розлукою з батьками і іншими членами сім'ї; емоційно непослідовне ставлення до хворої дитини в сім'ї, переживання батьками відчуття сорому і провини і усвідомлення ними невизначеності власного майбутнього і майбутнього дитини.

Суб'єктивно соціальна ситуація розвитку переживається дітьми як фрустрація потреб в спілкуванні, емоційної близькості з сім'єю, рухової активності, позитивної уваги людей та кликає болісні переживання, які стають джерелом специфічних особистісних особливостей, що ускладнюють процес соціальної інтеграції дитини в соціум.

Дуже важливим і в соціальному, і в психологічному планах є процес формування уявлень дитини з порушеннями психофізичного розвитку про певні соціальні ролі. На жаль, здебільшого ці уявлення є розмитими, неадекватними, спотвореними й амбівалентними [2; 5; 8; 13 та ін.]. Співмірно з глибиною, видом і типом фізичного обмеження, тривалістю перебування дитини в умовах, блокуючих повноцінний розвиток, індивідуальних особливостей нею створюється і певна система суб'єктивних образів реалізації тієї або іншої ролі.

Як уже зазначалося, часткова або повна відсутність нормальних для дитини контактів (однолітки, друзі по вулиці, сусіди) призводить до того, що образ ролі вибудовується як когнітивний дисонанс, тобто створюється на основі суперечливої інформації, що одержується дитиною з обмеженими фізичними можливостями з різних джерел. Оскільки найчастіше для дитини з обмеженими фізичними можливостями в умовах інформаційного вакууму основним джерелом інформації про соціальні ролі є особи з найближчого мікросередовища зі

статусом справжньої або змушеної референтності, засоби масової інформації, то у зв'язку з цим часто виникає зміщений, ілюзорний, спотворений і песимістичний «образ» соціальної ролі. Поступово формується помилкове уявлення про свою основну соціальну роль як інваліда, аутсайдера, знехтуваного, що з плином часу, прорісши у конструкти Я-концепції, образу Я, самооцінки, саморегуляції, самоакцептації, реалізовуватиметься дитиною з обмеженими фізичними можливостями впродовж усієї подальшої життєдіяльності. Гніт потужного стереотипу «інвалід» призводить до неадекватного самоприйняття дітьми з обмеженими можливостями власного біосоціального статусу в ієрархії тих вимог, які навколишній соціум ставить до всіх інших [1; 5; 12; 17 та ін.].

Життя хворої дитини в просторово обмеженому світі перешкоджає формуванню багатьох видів взаємовідносин і взаємодій з однолітками і дорослими. Обмеженість контактів нерідко сприяє формуванню егоцентричних установок, пасивності. Крім того, в деяких випадках не формується сама потреба в спілкуванні [16]. Відсутність навчок спілкування, неадекватна самооцінка, егоцентризм і схильність до утриманства не передбачають широкого контакту хворих дітей із здоровими однолітками. Найбільш істотною стороною соціальної ізоляції є не стільки обмежена кількість соціальних контактів, скільки їх незадовільна якість. Підвищена ранимість, вразливість, невпевненість в собі і боязнь насмішок роблять хвору дитину замкнутою, нетовариською. Фрустрація потреби в спілкуванні або спотворення процесу спілкування ведуть до викривленого самопізнання і невміння жити в колективі.

Дуже часто діти з порушеннями психофізичного розвитку з раннього віку потребують неодноразового стаціонарного і санаторного лікування. Наслідком цього є емоційна депривація, що виражається в порушенні специфічного спілкування дитини з матір'ю і іншими близькими. Р. Шпіц виводить поняття «лікарняного синдрому» або «госпіталізму» як форму закладового (лікарня) обмеження у контексті емоційної депривації, коли афективні реакції дітей на самотність, знехтуваність, занедбаність, стають нестерпно болісними і негативно впливають на їхній фізичний і психічний розвиток [11]. Переживання вимушеної розлуки з мамою виявляється в дезадаптаційному синдромі, основу якого складає синдром страху [10].

Практично у всіх дослідженнях, присвячених психічному розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, наголошується наявність тих або інших страхів. Страхі займають особливе місце в

емоційно-особистісному розвитку дітей з фізичними вадами. Аналіз наукової літератури дозволив прослідкувати генезу страхів хворих дітей. Спочатку страхи утворюються під впливом рухової патології і сенсорної надчутливості, тобто обумовлені специфікою захворювання, що розглядається як їх біологічна передумова. Відчуття фізичного неблагополуччя, власної неповноцінності — ключове переживання дитини з порушеннями психофізичного розвитку, яке на емоційному рівні виявляється в страхах виявитися ніяковим, смішним, втратити опору, впасти в громадському місці та ін. Ці страхи утворюють стійкий емоційний комплекс (узагальнене афектне переживання), який виявляється у високій тривожності. На психологічному рівні тривожність приводить до реакцій уникнення важких ситуацій, станів боязкості і невпевненості в собі [2].

Крім того, госпіталізація накладає ряд заборон і вимагає строгого підпорядкування лікарняному режиму. Тривале перебування хворої дитини в стаціонарі може викликати у неї декомпенсації; у деяких дітей знижується активність, підсилюється безініціативність поведінки і зростає тенденція до утриманства.

Сім'я хворої дитини зазнає також багато труднощів соціального та психологічного характеру. Основні з них — соціальна незахищеність, недостатність інформаційної та психологічної підтримки, сегрегаційна суспільна свідомість. Відчуття економічної нестабільності, невпевненості в завтрашньому дні, втрата багатьма сім'ями колишнього соціально-економічного статусу (більшість матерів залишають роботу, або переходять на некваліфіковану або надомну роботу, щоб більше часу приділяти дитині) передається і дітям, які дуже хворобливо переживають розгубленість і відчай своїх батьків, які борються з економічними неладами. Багато сімей мають схильність до соціального утриманства, таке економічне бачення та досвід поведінки наслідують і діти [15].

Особливу роль мають внутрішньо-сімейні проблеми, а саме: порушення психологічного здоров'я батьків та наявність у них підвищеної тривожності (необхідно зазначити, що аналіз психогенних розладів у сім'ях дітей з порушеннями психофізичного розвитку [1; 14; 15] дає можливість говорити про значну частоту психосоматичних розладів та невротичних депресій у матерів); неадекватний стиль виховання дитини, насамперед гіперопіка (як показує аналіз літератури, саме цей стиль виховання переважає у батьків дітей з обмеженими фізичними можливостями); порушення механізмів функціону-

вання сім'ї, і в першу чергу наявність конфліктів між батьками чи відсутність одного з батьків (відомий той факт, що в 25% сімей з особливою дитиною матері виховують її самотужки, оскільки батько дитини не витримує навантаження та залишає сім'ю), а також інколи негативні наслідки спричиняє народження в сім'ї ще однієї дитини.

Спільним для вищевикладених проблем є те, що всі вони пов'язані з недостатнім опануванням дитиною з порушеннями психофізичного розвитку життєвих умінь і навичок, невмінням її адаптуватися в навколишньому світі, неможливістю використовувати свої особистісні ресурси для розв'язання життєвих завдань, що не може не впливати на її соціальну активність. Ці чинники виступають як несприятливі умови соціалізації дитини, а сама дитина як жертва цих несприятливих умов, що підсилює існуючи в неї відхилення та розлади, або навіть створює їх.

Фізичні вади та пов'язані з ними індивідуально-психологічні і особистісні характеристики дітей значно ускладнюють формування їх свідомості та самосвідомості.

Свідомість особистості формується на основі життєвих переживань, накопиченого досвіду та подолання труднощів. Формування життєвого досвіду дитини з порушеннями психофізичного розвитку відбувається під впливом ряду негативних соціальних чинників, які призводять до різних деформацій особистості, значного погіршення її статусу як у системі міжособистісних стосунків, так і у психічному, соціальному, духовному розвитку. Діти через обмеження переживають цілу низку адаптаційних і функціональних деструкцій. На органічну патологію нашаровуються впливи соціальних чинників (негативне або умовно-позитивне ставлення суспільства та держави, недосконала соціальна політика, незалученість в систему соціальних відносин).

Згодом таке ставлення стає власним ставленням дитини до себе і визначає критерії вибору мотивів при постановці цілей, пошуку засобів самореалізації.

Сучасне розуміння дитини як найвищої цінності зумовлює необхідність подальшої розробки діяльнісно-особистісного підходу до дитини з порушеннями психофізичного розвитку, який дозволить їй уникнути депресивних відчуттів власного соціального статусу як суспільного аутсайдера чи знехтуваного, завадить розвитку синдрому «набутої безпорадності», оскільки виводитиме її на розуміння нагальної потреби діяльнісних зрушень і поступів в особистісній самореалізації.

Основною метою і провідним завданням діяльнісно-особистісного підходу є створення оптимальних умов для досягнення соціальної зрілості кожною особистістю, розвитку тих здібностей, які потрібні їй і суспільству, досягнення доступного рівня освіченості, використовуючи потенціал компенсаторно-корекційних можливостей, включення її в соціально-вартісну активну діяльність, забезпечення тих знань, умінь та навичок, рис характеру, які уможливають її нормальне життя і інтеграцію в сучасний світ.

## Література:

1. Борщевська Л. В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Борщевська Л. В., Зіброва А. В., Іванова І. Б. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999. — 79 с.

2. Вовчик-Блакитна О. О. Психологічні особливості переживання підлітками життєвих ситуацій / О. О. Вовчик-Блакитна, О. М. Гарнець // Психологія: Республіканський науково-методичний збірник. — Київ, 1990. — Вип. 36. — С. 16-21.

3. Выготский Л. С. Принципы воспитания физически дефективных детей / Л. С. Выготский // Проблемы дефектологии. — М.: Просвещение, 1995. — С. 41-53.

4. Герасименко О. А. Особый ребенок: исследования и опыт помощи / О. А. Герасименко Р. П., Дименштейн. — М., 2000. — 121 с.

5. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: [монографія] / Ярослав Гошовський. — Дрогобич: Коло, 2008. — 480 с.

6. Грачев Л. К. Программа социально-реабилитационной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Л. К. Грачев. — М.: Прогресс, 1992. — 192 с.

7. Зверева І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні: теорія і практика / Зверева І. Д. — К.: Правда Ярославичів, 1998. — 333 с.

Калижнюк Э. С. Роль личностных реакций в патологии формирования характера при детских церебральных параличах: клинико-психологическое исследование / Э. С. Калижнюк, Ю. С. Шевченко // Невропатология и психиатрия. — 1985. — № 3. — С. 416-421.

8. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э. С. Калижнюк. — К.: Головное издательство издательского объединения «Вища школа», 1987. — С. 156-163.

9. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособ. [для студ. сред. пед. учеб. заведений] / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. — М.: Изд. центр «Академия», 2001. — 192 с.

10. Лишенные родительского попечительства / [хрестоматия, учебное пособ. для студ. педагогич. инстит. / ред.-сост.: В. С. Мухина]. — М.: Просвещение, 1991. — 223 с. .

11. Панов А. М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей / А. М. Панов // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. — М.: Геликон, 1997. — 237 с.

12. Романова О. Л. Психологическое изучение механизмов формирования личности больных детским церебральным параличом / О. Л. Романова // Нарушения

поведення у дітей і підлітків. — М.: Медицина, 1982. — С. 101-107.

13. Романова О. Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / О. Л. Романова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1988. — Вып. 9. — С. 109–114.

14. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК «Психология», 2004. — 192 с.

15. Шипицына Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына. — М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2004. — 144 с.

16. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. — [2-е изд., перераб. и дополн.]. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.

### **3.2. Основні напрями забезпечення процесу формування життєвої компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку у центрах соціальної реабілітації**

Виділяють основні напрями забезпечення процесу формування життєвої компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку:

- соціально-правовий;
- медико-психологічний;
- організаційно-педагогічний.

З метою формування життєвої компетентності та здійснення освітньо-виховного впливу на дітей з обмеженими можливостями здоров'я в Україні створено мережу центрів ранньої соціальної реабілітації. Зміст, форми та методи їх діяльності спрямовані на те, щоб надати своєчасну педагогічну допомогу дітям-інвалідам, створити умови для послідовного формування життєвого досвіду. У дослідженні з'ясовано передумови утворення в Україні центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, розкрито їх освітньо-виховні та реабілітаційні можливості, виділено основні принципи формування життєвої компетентності дітей-інвалідів.

Зазначено, що центри ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів є установами якісно нового типу, які поєднують в собі зусилля педагогів, медичних та соціальних працівників, дають можливість сім'ї брати безпосередню участь в реабілітаційному процесі, забезпечують умови вихованцям вже з перших днів виконання реабілітаційних програм жити у відкритому суспільстві, формувати свою життєву компетентність. Система ранньої соціальної реабілітації дітей з інва-

лідністю зорієнтована на дитину та її родину, поєднує соціальну, загальноосвітню, педагогічну, медичну та технічну допомогу дітям-інвалідам та їх сім'ям. Це система реабілітаційних та корекційно-відновлювальних заходів, які застосовуються для дітей-інвалідів з метою зменшення або подолання фізичних та інтелектуальних вад, набуття знань, умінь та навичок, формування здатності до самореалізації та життєтворчості, які б давали змогу дитині з обмеженими можливостями здоров'я інтегруватись у дитячі колективи дошкільних закладів та загальноосвітніх шкіл і не перебувати в інтернатних установах.

У дослідженні виділено принципи формування життєвої компетентності дітей з інвалідністю у центрах ранньої соціальної реабілітації. До них віднесено принципи ранньої діагностики та виявлення відхилень у формуванні життєвої компетентності, неперервності процесу та комплексного підходу до розв'язання визначених завдань, використання реабілітаційного середовища, виявлення індивідуального підходу до дітей з інвалідністю, здійснення освітньо-виховної роботи в мікрогрупі, залучення сім'ї та ближнього оточення до процесу соціалізації.

В умовах сьогодення інтеграція дітей з порушеннями психофізичного розвитку в суспільство є одним із необхідних напрямів наукових досліджень і роботи різноманітних соціальних інститутів та громадських організацій.

В нашій культурі й дотепер зберігається негативне ставлення до особистості з порушеннями психофізичного розвитку з боку оточуючих внаслідок недосконалості системи соціальних стосунків. Усталеною нормою виступає окреме, особливе становище дітей з порушеннями психофізичного розвитку в суспільстві, що певною мірою деформує сприйняття цими дітьми соціальних норм і створює труднощі для адекватного соціально-економічного розвитку. У зв'язку з обмеженням соціальних контактів процес їхньої соціалізації суттєво ускладнений і значною мірою залежить від тих норм, що культивуються в соціальному оточенні дитини, регулюють вимоги до неї та забезпечують формування її особистості.

Розробка новітніх технологій абілітації та розвитку дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку набуває все більшої значущості.

Найбільшу пластичність мозок виявляє у ранньому віці, також доведена важливість ранніх дитячо-батьківських відносин для розвитку дитини. Суттєві зміни, які протягом останніх десятиріч спостерігаються в багатьох країнах щодо гуманізації відношення до дітей

з порушеннями розвитку, підвищують увагу до проблем та потреб сім'ї, де виховується така дитина, і змушують шукати результативні форми психологічного супроводу таких сімей [1; 3].

Раннє втручання є системою міждисциплінарної сімейно-центрованої допомоги дітям та сім'ям, що їх виховують [4; 6]. Системний підхід, який становить методологічну основу раннього втручання, забезпечує цілісний погляд на розвиток дитини з порушенням та розглядає можливості та потенціал розвитку дитини в контексті сімейних та більш широких соціальних відносин. В ході дослідження була розроблена технологія раннього втручання як системи психологічного супроводу родин, які виховують дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку. Запропонована послідовність етапів включала є первинну та поглиблену оцінку розвитку дитини та якості дитячобатьківських відносин, розробку та виконання індивідуальної програми раннього втручання підставі послідовного визначення узгодженого функціонального запиту, ключової проблеми та цілі, моніторингу та оцінки результатів виконання програми.

Оцінка динаміки та аналіз ефективності програм раннього втручання проводились за показниками, які віддзеркалювали індивідуальний, міжособистісний та соціально-психологічний рівні функціонування всіх учасників, які були задіяні в реалізації програм раннього втручання: дитини, батьків та фахівців.

Для оцінки ефективності програм раннього втручання визначають наступні показники:

- розвиток дитини;
- якість дитячо-батьківських відносин;
- стабільність участі в програмах раннього втручання;
- якість робочого альянсу;
- організація розвиваючого середовища;
- емоційний комфорт спеціалістів при роботі з родиною;
- розширення соціальних контактів сім'ї поза межами центру.

Сім'я — найважливіша інституція у формуванні та розвитку особистості. Саме в сім'ї здійснюється первинна соціалізація індивіда, закладаються основи розвитку як особистості, отримуються перші навички взаємодії, вона відіграє значну роль у набутті дітьми життєвого досвіду адаптації до змінних соціальних ситуацій.

Батьки формують основну соціальну групу, яка найдовше впливає на виховання та формування особистості дитини. Діти, як несвідомо, так і свідомо ідентифікують, ототожнюють себе з батьками, завоюють моделі їхньої поведінки, навички, цінності.

В процесі соціалізації дитини сімейні стосунки є основоположними. Під сімейними стосунками розуміються стосунки, які виникають в процесі взаємодії між членами сім'ї з приводу створення, застосування і розподілу сімейних цінностей і опосередковані уявленнями суспільства про сімейні ролі. Від них залежить благополуччя в сім'ї (як індивідуально визначений феномен сімейного благополуччя), психологічне здоров'я всіх членів сім'ї (батьків, дітей, бабусь, дідусів) і саме існування сім'ї. Сімейні стосунки складають психологічний простір життєвого світу особистості, визначаючи якість життя людини, обумовлюючи її суб'єктивне відчуття задоволеності собою та іншими. Вони забезпечують задоволення багатьох особистісних потреб, фрустрація яких призводить до викривлення у розвитку особистості.

На думку Л. Анциферової [11], сім'ї належить ціла палітра властивих їй стимуляторів психосоціального розвитку дитини, найважливіші з яких —інтенсивність та багатство спілкування з дорослими, інтимні та стійкі емоційні контакти з постійними особами (батько, мати, ін. члени сім'ї), батьківська любов і турбота. Це природні стимулятори, що найбільш повно відповідають потребам розвитку дитини.

Стабільність сімейних стосунків, наявність повної сім'ї — умови ефективної соціалізації дитини.

В сім'ях, які виховують дитину з порушеннями психофізичного розвитку стосунки менш стабільні, ніж в сім'ях здорових дітей та їх можна охарактеризувати як нестабільні, схильні до постійних випробувань на міцність.

Істотний вплив на спосіб життя сім'ї (під яким розуміються стійкі форми соціального буття, спільної діяльності людей, типові для історично конкретних соціальних стосунків, які формуються відповідно до генералізованих норм і цінностей, що відображають ці стосунки) має рівень освіти батьків та їх соціально-професійний статус.

Життєві цінності, настанови батьків мають вагомий вплив на формування життєвих цінностей дітей.

Не менш важливим для соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку є рівень задоволення в сім'ї її потреб та характер ставлення до неї всіх членів сім'ї.

Ставлення батьків до своєї дитини, прийняття або неприйняття її є вирішальним чинником у формуванні внутрішньо-сімейної взаємодії і є важливою умовою соціалізації дитини, економічної тощо. Батьківське ставлення до дитини з порушеннями психофізичного розвитку значною мірою залежить від того, як вони реагують на порушення її фізичного розвитку.

Більшість батьків відчувають злість, для них властиве почуття безсилля і провини, вони впадають в депресію, деяких огортає гнів на партнера, якого звинувачують у тому, що дитина є неповносправною, а деякі — звинувачують себе. І в тому і в іншому випадку, їм важко змиритися з тим фактом, що їх дитина неповносправна, тому вони використовують різні захисні механізми. Один спосіб захисту — це пошук винних та звинувачення інших, насамперед лікарів у неповносправності своєї дитини. Інший — деформація образу реальної об'єктивності стосовно своїх бажань. Як наслідок, вони собі створюють неправдивий образ дитини, який домінує над реальністю. Усі ці фактори в сукупності і впливають на ставлення батьків до дитини, а саме на нереалістичне її сприйняття та ідеалізацію або, навпаки — відкидання.

Я. Рембовські окреслює батьківське ставлення як певну форму пристосування матері та батька до дитини, до проблеми її виховання, яка формується протягом виконання батьківської функції [260].

А. Варга і В. Столін під батьківським ставленням розуміють систему почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, які використовуються при спілкуванні з ними, особливостей сприйняття та розуміння характеру і особистості дитини, її вчинків [37; 207].

У ставленні віддзеркалюються почуття, думки та конкретні дії, які батьки проявляють стосовно дитини, які складають певний стиль виховання та батьківську позицію по відношенню до дитини.

У батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку переважає симбіотична позиція виховання. Це свідчить про те, що батьки відчувають постійну тривогу за свою дитину, вважають її беззахисною. Батьки почуваються одним цілим із дитиною, оберігають її від труднощів і неприємностей життя, з власної волі вони ніколи не дозволяють дитині бути самостійною, це робить дитину безпорадною. Саме така позиція виховання провокує неефективну поведінку батьків стосовно економічного виховання та можливості отримання економічного досвіду дитиною, про що свідчать наші попередні дослідження.

На другому місці — «авторитарна гіперсоціалізація», таке ставлення має авторитарний характер контролю за поведінкою дитини.

Від дитини вимагають слухняності, дисципліни, у всьому нав'язують свою волю, демонструючи їй власну неспроможність, не підтримують та, взагалі, не беруть до уваги її позицію, погляди та бажання.

Іноді гіперопіка проявляється як деспотизм, обмеження свободи, система всіляких заборон, щоб «бува, чого не сталося». Пора автономізації дитини від батьків, яка в нормі є закономірним явищем у підлітковому віці, звичайно, торкаються і хворої дитини, їй стає недостатньо спілкування тільки з матір'ю, і вона починає бунтувати проти любові, яка стає путами. Матір'ю це сприймається надзвичайно болісно, як життєвий крах.

Проте часто батькам не вистачає простих знань і умінь, іноді заважають помилкові уявлення щодо ефективних шляхів виховання. Так, дуже часто навколо дитини створюється атмосфера гіперопіки, яка завдає їй непоправної шкоди. Насамперед, гіперопіка шкідливо позначається на загальному психічному розвитку дитини, бо обмежує її активність: вона не встигає зробити зусилля, щоб задовольнити якесь своє бажання, як мама його вгадує і задовольняє. Таким чином затримується формування навичок самообслуговування, звужується можливість практично діяти, а значить і — пізнавати навколишній світ.

На третьому місці - позиція відкидання. Займаючи таку позицію до дитини батьки відчують злість, досаду, виражають неповагу до своєї дитини.

Позиція «інфантилізація» (інвалідизація), яка також займає місце, свідчить про виражений погляд на дитину як на інфантильну істоту, культивування та приписування їй особистісної та соціальної неспроможності. Через це батьки намагаються захистити дитину від всіх труднощів (симбіоз) і суворо контролювати її (авторитарна гіперсоціалізація). Не тільки батьки, а також і брати, сестри, далекі і близькі родичі, няні, друзі, вчителі, лікарі, розуміючи нетиповість дитини, ставляться до неї по особливому: жаліють, оберігають, а частіше зайве опікують.

Соціальна бажаність, як позиція ставлення до дитини найбільш прийнятна щодо дитини з порушеннями психофізичного розвитку. Ця позиція передбачає заохочення дитини, довіру до її поглядів, зацікавленість в її планах і справах, тобто сприйняття дитини як великої цінності. Ставлення до своєї дитини як до цінності й виявляється в соціальній поведінці батьків і впливає на її гармонійний розвиток.

## Література

1. Стребелева Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Текст] / Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина // Дефектология. – 2005. – № 1. – С. 3-10.
2. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [Текст] / В.В. Ткачева // Дефектология. – 1998. – № 4. – С. 3-9.
3. Браткова М. О психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста с проблемами развития [Текст] / М. Браткова, Т. Бутусова // Дошкольное воспитание. – 2010. – № 4. – С. 55-60.
4. Handbook of Early Childhood Intervention [Text] 2nd / ed Jack P. Shonkoff, Samuel J. Meisels. – Cambridge University Press, 2000. – 734 p.
5. Служба раннего вмешательства: метод. рекоменд. для практ. работы с детьми в службе ранней помощи / Л.В. Блохина [и др.]. – М.: Нац. фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. – 200 с.
6. Старшинова А.В. Раннее вмешательство в реабилитации детей с тяжелыми нарушениями здоровья // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решение: материалы междунар. научно-практ. конф. СПб, 22-23 апреля 2010 года. – СПб: СПбГИПСР, 2010. – Разд. 6. – С. 539-542.

---

## **РОЗДІЛ 4 КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ**

---

### **4.1. Методики дослідження внутрішніх (ендопсихічних) чинників соціалізації дитини з порушеннями психофізич- ного розвитку**

Індивідуальні потенційні соціалізуючі можливості дитини з порушеннями психофізичного розвитку залежать від інтенсивності перебігу складної життєвої ситуації дитини, яка обумовлена зовнішнім впливом і можливістю та готовністю самої дитини до її опанування.

Найбільш значущими, на думку багатьох дослідників інтегральними характеристиками особистості, які забезпечують їй успішність на життєвому шляху є цілісні та адекватні уявлення про себе та їх самооцінка, які складають відповідний Я-образ.

Саме у підлітковому віці відбувається процес формування чітких уявлень про власні фізичні, інтелектуальні і особистісні якості особистості та якості інших людей, тобто відбувається уточнення та ускладнення Я-образу та образів інших людей.

Важливим фактором розвитку дитини, регулятором і мотивом її поведінки в підлітковому віці стає самооцінка. Вона виконує регулятивну й захисну функцію, впливає на поведінку, взаємовідносини з іншими. Вона відображає ступінь задоволення чи незадоволення собою, створюючи основу для сприймання власного успіху чи поразки, досягнення цілей певного рівня, прийняття (самоповага) чи неприйняття (самозневага) себе як особистості. Від рівня самооцінки залежить активність особистості, прагнення до самореалізації.

Предметом самосприйняття та самооцінки виступають не лише різноманітні особистісні прояви, здібності та взаємовідносини з соціумом, але й власне тіло.

Усвідомлення дитиною своєї зовнішності корелює з її самопочуттям, впливає на характер її взаємовідносин з однолітками та оточуючими, на сприйняття та оцінку себе та інших. На безпосередню залежність процесу формування цілісного образу Я від особливостей самооцінки індивідом власної тілесної організації вказує І. Кон: чим вище самооцінка зовнішності, тим вище рівень самооцінки особистості [95].

Образ Я-зовнішність є структурним компонентом Я-образу, який виявляється у самопізнанні Я-фізичного, його самосприйнятті і самооцінці.

Фізичне Я — це складний біосоціальний комплекс, який складається з досвіду функціонування людини як фізичного об'єкту, оцінок з боку соціального оточення, а також під впливом існуючих норм, уявлень та стереотипів. Певні характеристики тілесної організації (зріст, вага, статура) виступають важливими чинниками не лише загального психоемоційного розвитку, але й як вагомі детермінанти визначення індивідом майбутньої траєкторії життєвого шляху.

Під образом тіла розуміється інтегральне психологічне утворення, яке виникає на основі сприйняття людиною свого тіла, уявлення про його фізичні характеристики, оцінки функцій і зовнішнього вигляду та ставлення до нього.

Особливості сприйняття, усвідомлення та ставлення до наявності у себе фізичного дефекту формує відповідний образ тіла дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

Дослідження особливості сприйняття, усвідомлення та ставлення до наявності у себе фізичного дефекту можливо за допомогою методики «Тест вказування на незадоволення власним тілом (САРТ)» (The Color A-Person Body Discontentment Test) [259].

Фізичні особливості дитини стають гандикапом, який впливає на її психічний стан і відіграє дуже важливу роль у її житті. Гандикап, з точки зору психології — це психологічний комплекс, індивідуальне, внутрішнє прийняття себе людиною з особливими потребами, деформований образ «Я» під впливом функціональних обмежень особистості [204].

Фізичні особливості дитини стають гандикапом, тобто психологічним комплексом, який впливає на психічний стан дитини тією мірою, якою вона сама вважає їх небажаними.

Ці прояви є причиною появи порушень взаємовідносин з навколишнім світом дитини та між окремими структурами психіки. Між усвідомленням фізичного дефекту та самооцінкою дитини з порушеннями психофізичного розвитку наявний прямий зв'язок.

Слід також зазначити, що визначення самооцінки як адекватної або неадекватної (заниженої, завищеної) можливо тільки у процесі співставлення з реальними можливостями особистості. Відомо, що деякі особистості мають про себе помилкове уявлення і, щоб уникнути трансформації цього уявлення, спотворюють (не завжди усвідомлено) свій досвід і ту реальність, з якою мають справу, за допомогою психічного захисту. Є особистості, які визнають свою нікчемність і на цій підставі ігнорують свій досвід, пов'язаний з успіхом. Таким особистостям властива мотивація уникнення невдач. Багато в чому характер цієї мотивації залежить від самооцінки особистості і рівня домагань в тій або іншій сфері її життєдіяльності. Самооцінка тісно пов'язана з рівнем домагань особистості, складністю цілей, яких вона прагне досягти. Відмінності між домаганнями і реальними можливостями призводять до неадекватної самооцінки та неадекватної поведінки (емоційні зриви, підвищена тривожність).

Мотив досягнення успіху або уникнення невдач пов'язаний з успішністю діяльності. Обидва мотиви як протилежно направлені тенденції формуються з раннього дитинства і у підлітковому віці мотив досягнення успіху закріплюється, але лише за певних умов: за наявності вільного вибору діяльності, яка в той же час повинна бути особистісно значущою, — це запорака адекватної активності дитини.

Р. Бернс [22] особливо підкреслював думку про те, що позбавлена позитивного змісту самооцінка вкрай вразлива і захищати її дитині часто доводиться за допомогою агресії і ворожості до інших людей. До агресивних тенденцій можуть приводити і інші «дефекти в становленні самоідентичності: нестійкість, сплутана, амбівалентність і невизначеність «Я-концепції», яка зводиться у дітей до хиткого набору випадкових характеристик і може служити як причиною, так і наслідком постійного переживання глибокого емоційного дискомфорту. У таких дітей часто відсутні способи соціального підкріплення уявлень про власну цінність, такі важливі для нормального розвитку особистості».

На думку К. Роджерса [174], особистість з обмеженими можливостями усвідомлює невідповідність між Я-концепцією і реальною життєвою ситуацією, відчуваючи загрозу та переживаючи напруження, що призводить до кардинальної зміни її істинного образу

Я та формування механізмів захисту. На його думку, основними механізмами психологічного захисту для зменшення невідповідності між переживаннями та Я-концепцією особистості є або усвідомлене їх викривлення у свідомості, або заперечення, витіснення. Ці механізми запускаються автоматично і діють не дуже усвідомлено. Витіснення є активним недопущенням у свідомість чи усуненням із неї хворобливих, суперечливих почуттів, неприйнятних бажань і думок.

Викривлення може відбуватися за допомогою механізму фантазування, коли особистість звично прикрашає себе і своє життя, намагаючись контролювати своє оточення. Вона вірить в те, що говорить, заспокоюючи себе у стресових ситуаціях, ухиляючись від активних дій. Фантазування є формою існування витіснених прагнень, потягів, бажань, завдяки яким людина у своїй уяві "згладжує" недоліки реального світу і власні невдачі [144, с. 231].

Так само, вони можуть маніпулювати близькими людьми, демонструючи втечу у хворобу. Таким чином дитина привертає увагу до себе, підштовхує своїх рідних до вираження більшої турботи та любові. Так маскуються складні і глибокі конфлікти, занурення. Хвороба стає своєрідним засобом захисту від реальності.

Але ця невідповідність може і не усвідомлюватися дитиною, але сприйматися на несвідомому рівні та виявлятися у некритичному ставленні до себе та підвищеній тривожності.

Гостре переживання відчуття неповноцінності, нездатність до ефективної реалізації своїх можливостей викликає підвищення тривожності. Тривожні діти, з одного боку, дуже чутливі до оцінок, їх завжди цікавить, що про них скажуть, як оцінять; з іншої — вони як би не довіряють оцінкам, сумніваються, що їх оцінять правильно. Вони виявляють підвищену цікавість до порівняння себе з іншими, але разом з цим уникають ситуацій, де таке порівняння може бути явним. Високий рівень тривожності зазвичай знижує ефективність діяльності, супроводжується неадекватною, суперечливою поведінкою особистості: психічним перенапруженням, яке виражається в стані напруженого очікування неприємностей, нестримуваної дратівливості, емоційної нестійкості.

Тривожність розрізняють як властивість особистості і як її стан. Тривожність як властивість особистості визначається властивостями нервової системи і тривалим неблагополуччям. Ситуативна (або реактивна тривожність — це стан неспокою, що пов'язаний з конкретною ситуацією і не виявляється поза нею. У ряді досліджень показано

(А. Прихожан, Л. Бороздіна, Е. Залученова), що тривожність, що виникає як результат емоційного неблагополуччя в значущій сфері, може породжувати загальну тривожність, яка розповсюджується і на інші сфери, стаючи, таким чином, властивістю особистості.

Таким чином, тривала відсутність емоційного благополуччя в значущій сфері виявляється у виникненні у дитини спочатку ситуативної, а потім і особистісної тривожності.

Від психічного стану дитини залежить її потребова система. Потреби особистості є джерелом її активності. Особливості потребової системи та індивідуально-психологічні властивості дитини зумовлюють певну форму інтеріоризації соціальних цінностей і перетворення їх на певну форму ціннісних орієнтацій (уявлення, ідеали, настанови), тому являються вагомим чинником її соціалізації.

Уявлення про свою соціальну роль у дітей з порушеннями психофізичного розвитку пов'язане зі специфікою психотравмуючого впливу наслідків певної вади здоров'я, інвалідізації, атмосфери у сім'ї, негативного емоційного досвіду спілкування з однолітками та оточуючими, накопиченням інформації щодо власної нібито неуспішності. Внаслідок цього у структурі та змісті образу-Я дитини відбуваються якісні зміни і формуються уявлення дитини про власну песимістичну соціальну роль, як інваліда, «знехтуваного», «аутсайдера». Зосередженість на власних фізичних обмеженнях і статусної ролі блокує природну для підліткового віку здатність планувати власне майбутнє, будувати ближчі та віддалені перспективи свого життя.

Для комплексного аналізу внутрішніх (ендопсихічних) чинників соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку можна використовувати систему психодіагностичних методик (табл. 4.1).

Таблиця 4.1.

Особливості Я-образу – «уніфікованість» особистісної психоструктури (ядро економічної соціалізації)	«Тест вказування на незадоволення власним тілом (CAPT)» (The Color A-Person Body Distinction Test)	Оцінка рівня задоволеності (незадоволеності) своїм тілом. Характеризує сприйняття, усвідомлення та ставлення до наявності у себе фізичного дефекту дитиною з обмеженими фізичними можливостями.
	Методика «Який ти?» О. Білобрикіної	Дослідження емоційної спрямованості загальної самооцінки дитини.
	Методика «Доріжки» О. Фокіної	Дослідження рівня самооцінки та прийняття себе, специфіки ідентифікації дитиною себе з особами ближнього оточення.
	Методика «Коло» О. Фокіної	Дослідження прояву егоцентризму дитини.
	Методика «Портрети» О. Білобрикіної	Дослідження коефіцієнту самосприйняття.
	Шкали тривоги та тривожності Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI)	Дослідження ситуативного стану тривоги (A-State) та тривожності як особистісної риси (A-Trait).
Потребова система особистості	Методика «Чарівна паличка» О. Білобрикіної	Виявлення мотиваційно-потребових переваг і типу домінуючих бажань дитини.
Персональні цінності (ціннісні орієнтації)	Методика «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» О. Фанталової	Визначення суб'єктивної ієрархії цінностей особистості та ступеню «внутрішньо особистісної дисоціації».

Бланки методик подано у додатку 2.

Внутрішні чинники вивчаються як особистісні особливості особистості дитини з порушеннями психофізичного розвитку, що впливають на процес її соціалізації.

До найбільш інформативних показників особистості, які дозволяють судити про її успішність на життєвому шляху є: самоставлення, самоприйняття, самопочуття в соціумі, особистісні уявлення про себе і їх самооцінка. Саме вони складають відповідний Я-образ.

У дітей з порушеннями психофізичного розвитку процес формування цілісного Я-образу значно залежить від особливостей самооцінки індивідом власної тілесної організації, усвідомлення фізичного дефекту і пов'язаної з ним функціональної обмеженості.

Для вивчення сприйняття, усвідомлення та ставлення до наявності у себе фізичного дефекту використовують методiku діагностики образу тіла та його компонентів «Тест вказування на незадоволення власним тілом (САРТ)» (The Color A-Person Body Dissatisfaction Test), який вперше в Україні був описаний у словнику-довіднику з психодіагностики Л. Бурлачука та С. Морозова [3]. Як зазначено в даному джерелі, ця невербальна методика, опублікована О. Булей та С. Роллом у 1991 р., призначена для оцінки рівня задоволеності (незадоволеності) своїм тілом. Стимульним матеріалом виступає два зображення (фронтальне та латеральне) людського тіла (чоловічого чи жіночого відповідно до статі досліджуваного), поділених на частини. Розмір аркуша паперу 27,9 x 43,2 см, розмір жіночої фігури 36,8 см, чоловічої — 41,9 см. Досліджуваному пропонується п'ять олівців різних кольорів, якими необхідно розфарбувати зображену фігуру відповідної статі таким чином: червоним — ті частини тіла, які дуже не задовольняють (ці частини оцінюються у 5 балів), жовтим — які не задовольняють (4 бали), чорним — нейтральне ставлення (3 бали), зеленим — задовольняють (2 бали), синім — дуже задовольняють (1 бал). У результаті підрахунку балів дослідник отримує три показники незадоволеності тілом: загальний (середнє значення оцінок усіх 16 частин). Автор тесту наводить також дані про отриману ним високу ретестову надійність та валідність, які можна знайти у вказаних джерелах.

Для вивчення емоційної спрямованості загальної самооцінки дитини використовується методика О. Білобрикіної «Який ти?» [1], в ході якої дитині було запропоновано 7 узагальнених характеристик, що відображають визначений емоційний показник оцінки, з яких вона обирала одну: найкращий; хороший; такий же, як всі діти; поганою; гірше за всіх коли як — іноді буваю хорошим, іноді — поганим; не знаю. Відповіді дитини співвідносилися з одним з показників емоційної забарвленості загальної самооцінки: позитивна, нейтральна (невизначена), амбівалентна (суперечлива), індиферентна (байдужа), негативна.

Наступні методики — «Доріжки», «Коло» [1], запропоновані О. Фокіною на основі аналога соціально-символічних завдань, розроблених Б. Лонгом, Р. Зіллером, Р. Хендерсоном. спрямовані на вимірювання самоставлення і самоідентичності дитини.

За допомогою методики «Доріжки» оцінюється рівень самооцінки і прийняття себе дитиною, специфіка ідентифікації себе з особами найближчого оточення.

Перед початком дослідження, для уникнення нанесення психічної травми дитині з приводу сімейних умов виховання необхідно зібрати дані про склад її сім'ї.

Аналіз результатів отриманих за допомогою даної методики здійснюється в наступних напрямках:

- рівень самооцінки (висока, недостатньо визначена, низька). Якщо на доріжці у слова «Я» значком помічений один з перших трьох розташованих зліва кружків, то це свідчить про високу оцінку і позитивне сприйняття себе дитиною. Місце, позначене одним з двох середніх кружків (4 і 5 зліва), характеризує самооцінку дитини як недостатньо визначену. Вибір дитиною одного з трьох розташованих справа кружків указує на властивий йому негативно забарвлений образ «Я» (низький рівень самооцінки);

- соціальна орієнтація (позитивне ставлення до членів близького оточення і сприйняття їх дитиною та негативне). Чим лівіше (ближче) до кожного із слів (починаючи з подальшого після «Я») позначки на доріжках, тим сильніша (очевидніша) орієнтація дитини на дану людину. Відповідно, значки-мітки, розташовані справа на доріжці, указують на негативно забарвлене ставлення до цієї особистості і сприйняття її дитиною;

- профіль ідентифікації ( позитивний, негативний). Профільна лінія ідентичності дитини утворюється при з'єднанні всіх відмічених на доріжках позначок. Результатним для «прочитання» профілю служить позначка на доріжці слова «Я»: чим рівніше отримана лінія, тим більш благополучний механізм ідентифікації і, відповідно, образ «Я» дитини (за умови, що лінія сконцентрована переважно зліва), а її відношення до оточуючих осіб стабільне, урівноважене.

За допомогою методики «Коло» можливо з'ясувати наявність позиції емоційно-особистісної децентрації у дітей, або наявність прояву егоцентризму. Позиція децентрації — одне з основних новоутворень дошкільного дитинства, елемент рефлексійної свідомості. Для дітей підліткового віку характерна здатність встати в позицію ін-

шої людини, зрозуміти причини її дій, вчинків, тобто достатньо розвинена позиція емоційно-особистісної децентрації.

Для дослідження самосприйняття використовується методика «Портрети» [1]. В основу даної методики покладена методика суб'єктивного шкалування в інтерпретації З. Будассі. Методика модифікована О. Білобрикіною спільно з Н. Большуновою стосовно дітей шляхом обмеження кількості пропонованих для ранжирування якостей до 10 і без їх поляризації, тобто використання тільки соціально схвалюваних якостей. Для нашого дослідження ми обрали наступні якості: працелюбний, товариський, щедрий, акуратний, сміливий, розумний, терпеливий, самостійний, упевнений в собі, рішучий.

Кількісний прояв ступеня розбіжності між «Я реальним» і суб'єктивним ідеалом дитини, як одного з параметрів самооцінки, визначається методом обчислення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена по формулі:

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

де  $n$  – число даних якостей,  $d$  – різниця номерів рангів,  $\sum$  – сума зведених в квадрат різниць номерів рангів. Отриманий коефіцієнт рангової кореляції дозволив більшою мірою дослідити скоріше якісний, чим строго кількісний зв'язок між двома рядами якостей (суб'єктивного ідеалу дитини та автопортрета). Таким чином, даний показник відображає саме характер самосприйняття дитини.

Аналіз результатів здійснюється шляхом порівняння з соціально заданими нормами. У соціально заданій нормі коефіцієнт від +0,5 до +1 свідчить про некритичне, нереалістичне самоставлення, властиве егоцентричним людям, схильним до самозвеличення. Коефіцієнт від -0,5 до -1 свідчить про неадекватне самоставлення, яке спостерігається у людей з підвищеною самокритичністю, що характеризуються комплексом неповноцінності, невпевненістю в своїх силах і можливостях. Коефіцієнти в діапазоні від -0,5 до +0,5 вказують на адекватний – об'єктивний і реалістично обґрунтований характер самоставлення.

За показниками величини коефіцієнта рангової кореляції здійснюється розподіл дітей на групи:

1-а група — діти з адекватним самосприйняттям;

2-а група — діти з нереалістичним рівнем самосприйняття: заниженим (надмірно критичним); завищеним (що ідеалізується).

Для вивчення рівня тривожності використовуються шкали тривоги та тривожності Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI) адаптовані Ю. Ханіним. Шкала складається з 2-х частин по 20 завдань у кожній. Перша шкала (STAI: X-1) діагностує актуальний стан досліджуваного, а завдання другої шкали (STAI: X-2) спрямовані на виявлення тривожності як властивості особистості. Тривожність як властивість особистості істотно впливає на поведінку людини. Якщо психологічний тест виявляє в досліджуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підстави передбачати в нього вияв стану тривоги в різних ситуаціях — і особливо в значущих для його соціально-психологічного та особистісного статусу.

Дослідження потребової системи проводиться за допомогою методики О. Білобрикіної — «Чарівна паличка» [1]. В основу тестової процедури покладена методика «Золота рибка», запропонована Г. Урунтаєвою і Ю. Афонькіною. За допомогою цієї методики можна виявити мотиваційно-потребові переваги і типи домінуючих бажань дитини. В основу типологізації відповідей покладений метод контент-аналізу, що дозволяє типізувати все різноманіття дитячих мотивів. Основними критеріями диференціації бажань, які висловлювалися дитиною, виступають наступні: процесуальний характер бажань (творчі, руйнівні); предмет бажань (пізнавальні, перетворюючі, комунікативні, речовинні, матеріальні); спрямованість бажань (особисті, соціальні, опосередковані). На підставі отриманих даних робилися висновки про те, які з мотивів є найбільш пріоритетними.

Для на визначення суб'єктивної ієрархії цінностей дітей можна використовувати методику «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах (О. Фанталової). Методика призначена для дослідження ціннісних уявлень, які становлять основу світогляду особистості. В методиці використані поняття, що означають термальні цінності, виділені у такому вигляді М. Рокичем. Досліджуваним пропонують десять понять, об'єднаних у 5 груп відповідно до ієрархії потреб, запропонованої А. Маслоу (табл. 4.2).

Основними психометричними характеристиками методики є показники «Цінність» (Ц) і «Цінність - Доступність» (Ц - Д) Показник цінності «Ц» відображає ступінь важливості тієї чи іншої цінності в системі інших цінностей. Показник «Ц - Д» відображає ступінь незадоволеності поточною життєвою ситуацією щодо даної потреби, внутрішню конфліктність, блокаду потреби при значній розбіжності «Ц - Д» або свідчить про задоволення потреби при незначному розходженні в оцінках «Ц» і «Д».

**Таблиця 4.2.**

**Співвідношення рівнів ієрархії потреб (за А. Маслоу)  
і використаних у дослідженні понять**

<b>5 груп потреб А. Маслоу</b>	<b>Поняття</b>
Фізіологічні потреби (їжа, вода, сон та ін.)	Гарне харчування
	Гарні умови життя
Безпека, стабільність, порядок	Відчуття фізичної безпеки
	Впевненість у майбутньому
Любов, родина, дружба і приналежність до колективу	Гарна родина
	Розуміння і підтримка інших людей
Повага і самоповага, визнання навколишніх	Самоповага
	Визнання оточуючих
Самоактуалізація, розвиток здібностей, творчість	Пізнання
	Бути залученим до справи
	Знайти місце в житті
	Матеріально забезпечене життя

Комплекс всіх оцінок «Ц - Д» свідчить про рівень самореалізації, внутрішньої ідентичності, інтегрованості, гармонії особистості. Досліджуваним пропонується десять понять, що означають різні потреби людини, які вони повинні оцінити з точки зору важливості і доступності за 10-бальною шкалою (проранжувати).

Для оцінки соціальної захищеності дитини, наявність у неї відчуття прийняття найближчим оточенням, включеності в соціум використовують методика «Трикутник» [1], запропонована О. Фокіною на основі аналога соціально-символічних завдань, розроблених Б. Лонгом, Р. Зіллером, Р. Хендерсоном. Крім того, зверталася увага на переваги зорієнтованості на батьків, вчителів і друзів.

Дослідження специфіки сприйняття дітьми суб'єктів найближчого мікросоціуму можна проводити за допомогою методики «Два будинки» [1]. В ході дослідження дитині пропонується заселити червоний (привабливий) будинок людьми, яких вона хоче поселити з собою та пропонується заселити інший (чорний) будинок, який не як не характеризується. Результати, отримані за даними методики, інтерпретувалися «безпосередньо», без включення символічної дешифровки. Одним з параметрів аналізу виступав кількісний показник — скільки людей дитина охоче вселяє в червоний будинок. Але головне інформаційне навантаження несе якісний показник. Зокрема, дуже важливо,

куди дитина поселяє батьків, сиблінгов, вчителів (вихователів), чи потрапляють в число новоселів однокласники і інші однолітки. Випадки, коли дитина разом з собою поселяє іграшки, предмети, тварин, не пов'язаних з сім'єю, школою людей (сторонніх, сусідів і т. п.), розглядалися як компенсаторно-функціонуючий психологічний захист на відсутність емоційно значущих стосунків з близькими, значущими людьми і відчуття непотрібності себе в референтному мікросоціумі. За даними И. Вандвиг і П. Екблад, діти, що забувають поселити себе в один з будинків, мають низькі показники психосоціального функціонування.

### Література

1. Белобрыкина О. А. Диагностика развития самосознания в детском возрасте / О. А. Белобрыкина— СПб.: Речь, 2006. — 320 с.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. — М.: Прогресс, 1986. — 422 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — СПб.: Питер Ком, 1999. — 528 с.
4. Ставицький О. О. Психологія гандикапізму / Олег Олексійович Ставицький. — Рівне, 2011. — 376 с.

## 4.2. Методики дослідження зовнішніх (екзопсихічних) чинників соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку

Особистість як системна структура якостей і рис людини продукується суспільними стосунками, в які вона вступає у процесі власної діяльності та взаємодії з довкіллям. Із соціальною природою людської діяльності пов'язаний вплив, зумовлений суспільними нормами, самооцінкою та зустрічною оцінкою кожної особистості з боку соціуму.

Інтеграція дитини з порушеннями психофізичного розвитку в соціум залежить від ставлення самого соціуму до неї, від інформованості всіх членів суспільства щодо особливостей її життя та проблем.

Ставлення соціуму до дитини з порушеннями психофізичного розвитку виражається насамперед ставленням до її сім'ї. Сім'я дитини з обмеженими фізичними можливостями є суб'єктом соціальних стосунків, як інститут вона взаємодіє з іншими інститутами в суспільстві, тобто сімейні стосунки опосередковані соціальними стосунками і соціум має на дитину з обмеженими фізичними можливостями опосередкований вплив, через ставлення до її сім'ї.

Прямий вплив ставлення соціуму до дитини з порушеннями психофізичного розвитку виражається ставленням до неї її оточення — спеціалістів, педагогів, вихователів, які безпосередньо спілкуються з дитиною, а також іншими членами суспільства, з якими вони зіштовхуються у повсякденному житті: у поліклініці, транспорті, магазинах і т.д.

Вивчення особливостей ставлення членів суспільства до дітей з порушеннями психофізичного розвитку, усвідомлення їх проблем та ступеня прийняття їх як рівних членів суспільства можна проводити за допомогою анкетування. Анкета (додаток Б) спрямована на дослідження поінформованості про людей з інвалідністю та їх проблем.

В основі стереотипного уявлення про дітей з порушеннями психофізичного розвитку лежать неграмотність, байдужість, забобони і страх. Особи суспільного оточення не виявляють бажання зустрічатися з цією категорією дітей, не мають відповідних знань про них і вважають, що їм властива агресивність. Хоча саме агресія оточення провокує дитину на відповідну реакцію — сплеск агресії та відчуженість.

Все це свідчить про стереотипність сприйняття дитини з порушеннями психофізичного розвитку, байдужість або жалісливість до них та уявлення як про неспроможних та потребуючих постійної опіки.

Співчуття до дітей з порушеннями психофізичного розвитку носить у членів суспільства переважно пасивний характер.

Для комплексного аналізу зовнішніх (екзопсихічних) чинників соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку можна використовувати систему психодіагностичних методик (табл. 4.3).

Бланки методик подаю у додатку 3.

Соціалізуючий потенціал сім'ї розуміється нами як потенційні можливості (матеріальні, соціальні, психологічні та ін.), що можуть бути використані в процесі соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

Соціалізуючий потенціал сім'ї	Методика «Який він (вона)?» О. Білобрикіної	Дослідження емоційної оцінки дитини батьками.
-------------------------------	---	---

	«Тест-опитувальник батьківського ставлення» розроблений А. Варгою і В. Століним	Виявлення ставлення батьків до своєї дитини (системи різноманітних почуттів до дитини, поведінкових стереотипів спілкування з нею, особливостей сприйняття і розуміння характеру і особистості дитини, її вчинків).
	Методика «Суб'єктивні оціночні тенденції найближчого мікросоціуму дитини» О. Білобрикіної	Дослідження суб'єктивних уявлень батьків про образ ідеальної дитини та визначення специфіки ставлення до своєї дитини.
Стереотипи суспільства щодо дітей з обмеженими фізичними можливостями	Анкета «Поінформованість щодо інвалідів з вираженими фізичними, інтелектуальними і сенсомоторними порушеннями» Л. Шіпціної	Вивчення опосередкованого ставлення мезосередовища до дітей з обмеженими фізичними можливостями.
	Анкета «Ставлення до інвалідів з вираженими фізичними, інтелектуальними і сенсомоторними порушеннями» Л. Шіпціної	Вивчення ставлення у повсякденному житті мезосередовища до дітей з обмеженими фізичними можливостями.
Рівень соціальної захищеності дитини, базове ставлення до інших людей (довіра / недовіра)	Методика «Два будинки» О. Білобрикіної	Дослідження специфіки сприйняття дітьми суб'єктів найближчого мікросоціуму.
	Методика «Трикутник» О. Білобрикіної	Виявлення рівня соціальної захищеності дитини, відчуття прийняття групою осіб найближчого оточення.

Система індикаторів, що фіксують соціалізуючий потенціал сім'ї, може бути представлена наступними показниками:

- склад сім'ї (повна, неповна, нуклеарна, розширена) і характер сімейних стосунків (стабільність сімейних стосунків);
- рівень освіти, соціально-професійний статус батьків;
- соціально-економічний статус сім'ї (рівень матеріального забезпечення сім'ї);
- ступінь суспільної активності членів сім'ї ;
- включення дитини в елементарні соціальні відносини;
- планування майбутнього дитини;
- задоволення в сім'ї потреб дитини;
- характер ставлення членів сім'ї до дитини з порушеннями психофізичного розвитку;
- характер ставлення макро-, мезо- і мікросередовища до дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

Рівень задоволення в сім'ї потреб дитини вивчається за допомогою методики «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» (О. Фанталової). Чим більшим є значення відмінності між цінністю і доступністю потреби (Ц - Д), тим більш незадоволеною є потреба. Інтегральний показник, рівний сумі розбіжностей по модулю для всіх десяти понять :  $R = \sum (Ц - Д)$  свідчить про загальний рівень задоволення потреб дитини в сім'ї.

Ставлення батьків до своєї дитини, прийняття її вивчається за допомогою методик запропонованих О. Білобрикіною та А. Варгою і В. Століним [1]. Емоційно узагальнена оцінка дитини дорослим вивчається за допомогою методики «Який він (вона)?» (О. Білобрикіної) [1].

Методику «Суб'єктивні оціночні тенденції найближчого мікросоціуму дитини» (О. Білобрикіної) [1] використовують для вивчення суб'єктивних уявлень батьків про образ ідеальної дитини і на його основі визначається специфіка ставлення до власної дитини. В основу даної методики покладена методика суб'єктивного шкалування, а сама методика ідентична за змістом методиці «Портрети» [1], яка використовувалася в діагностиці дітей. Отримані результати, як і в дитячому варіанті методики, піддаються обробці методом обчислення коефіцієнта рангової кореляції по формулі Спірмена. Причому зіставлення рангів здійснюється по декількох напрямках:

- виявлення «прихованої» оцінки дорослим дитини. Порівняння між собою рангів «ІП» і «РП», отримані при анкетуванні дорослого. Так, показник, розташований в діапазоні від -0,3 до +0,62, свідчить про адекватне ставлення дорослого до дитини. Показники від -1 до -

0,29 указують на дуже критичне ставлення до дитини, а показники від +0,63 до +1 відображають відсутність критичності і нереалістичність в оцінці дитини, його надмірну ідеалізацію;

- відповідність дитини ідеальному уявленню дорослого.

В цьому випадку рангова кореляція здійснюється між параметрами «П» дорослого і «РП» самої дитини, отриманої при ранжируванні якостей в методиці «Портрети». Негативні значення указують на негативне сприйняття дитини з боку дорослого. Позитивні значення в діапазоні від 0 до +0,63 свідчать про позитивну і достатньо об'єктивну оцінку дитини. Показник вищий +0,63 є свідченням нереалістично завищеного сприйняття дитини (ідеалізації);

- ступінь обґрунтованості педагогічних вимог дорослого до дитини виявляється при зіставленні «РП» дорослого і «РП» дитини. В даному випадку коефіцієнт кореляції не менше +0,63 свідчить про відсутність відмінностей між сприйняттям дитини і його самосприйняттям. Діапазон середніх значень для коефіцієнта батьківського прийняття дитини варіюється в інтервалі від -0,1 до +0,6. За наслідками діагностики батьків диференціюють на три умовні групи:

1. прийняття дитини такою, як вона є;
2. надмірна критичність (неприйняття, аж до відкидання) дитини;
3. надмірна ідеалізація дитини.

Батьківське ставлення як система різноманітних почуттів та поведінкових стереотипів стосовно дитини, специфіка сприйняття та розуміння особистості дитини, її вчинків вивчається за допомогою методики «Опитувальник батьківського ставлення до дітей», розробленої А. Варгою і В. Століним [1]. Опитувальник містить 61 твердження, котрі утворюють 5 шкал та відповідно 5 типів батьківського ставлення: «прийняття — відторгнення», «кооперація», «симбіоз», «авторитарна гіперсоціалізація», «маленька невдаха».

Ставлення мезосередовища до дитини з порушеннями психофізичного розвитку вивчається за допомогою анкети (додаток Б), яка являє собою поєднання та модифікацію анкет Л. Шіпіциної «Поінформованість щодо інвалідів з вираженими фізичними, інтелектуальними і сенсомоторними порушеннями» та «Ставлення до інвалідів з вираженими фізичними, інтелектуальними і сенсомоторними порушеннями» [5].

## Література

1. Белобрыкина О. А. Диагностика развития самосознания в детском возрасте / О. А. Белобрыкина— СПб.: Речь, 2006. — 320 с.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. — М.: Прогресс, 1986. — 422 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — СПб.: Питер Ком, 1999. — 528 с.
4. Ставицький О. О. Психологія гандикапізму / Олег Олексійович Ставицький. — Рівне, 2011. — 376 с.
5. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. — [2-е изд., перераб. и дополн.]. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.

---

## РОЗДІЛ 5

# ПРОГРАМА ПРЯМОГО ТА ОПОСЕРЕДКОВАНОГО ВПЛИВУ НА ПРОЦЕС СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

---

### 5.1. Соціально-психологічні засоби оптимізації соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Вирішальним *locus minoris resistentia* (місце найменшого опору), яке обумовлює низький соціалізуючий потенціал дітей з порушеннями психофізичного розвитку є багаторівневе порушення образу-Я дитини, недостатність досвіду соціальної поведінки та порушення сімейної взаємодії.

Необхідна система соціальної допомоги та психологічного супроводу соціалізації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Психологічний супровід, в сучасній психології визначається як система професійної діяльності психолога та педагога, яка спрямована на сприяння особистості та суспільству у вирішенні широкого кола проблем, породжених життям особистості в соціумі.

Отже, основні завдання психологічного супроводу соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку полягають у створенні для неї умов для пізнання світу, набуття навичок соціальної поведінки для її успішної інтеграції в соціумі.

В основу цього супроводу покладено наступні основні теоретико-методологічні принципи:

- 1) розуміння потреб, інтересів «іншого», тобто толерантність;
- 2) соціальна відкритість, тобто соціалізація дитини не замикається на сімейних стосунках, а розглядається в рамках соціальних стосунків;
- 3) єдність процесів первинної соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку і соціалізації її батьків;

4) дотримання принципу комплексності, тобто необхідності працювати не лише з психікою, а й з тілом — сомою, а отже залучати до спільної роботи спеціалістів (психологів, педагогів, соціальних працівників, реабілітологів, медиків та ін.), що забезпечує всі рівні процесу соціалізації дитини;

5) дотримання принципу послідовності (оскільки проведення профілактичних та корекційних програм не має бути разовим заходом, а повинно супроводжувати всі етапи розвитку дитини).

Ефективність супроводу обумовлена наступними вимогами щодо його реалізації, а саме:

- етапністю — тобто надання допомоги має бути послідовним, що передбачає послідовно-планомірну зміну рівнів діагностичної, консультативної та корекційної допомоги;

- наступністю — що передбачає двосторонній обмін інформацією по вертикалі діагностичних та корекційних заходів (зворотний зв'язок);

- системністю — орієнтацією всіх елементів на досягнення кінцевого результату найбільш оптимальним способом;

- комплексністю — оцінкою всіх релевантних складових для найбільш оптимального на них впливу.

Диференціацію цілей психологічного супроводу соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку залежно від виду та фокусу впливу представлено в таблиці 5.1.

**Таблиця 5. 1.**

**Диференціація цілей психологічного супроводу соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку залежно від виду та фокусу впливу**

Вид впливу	Суб'єкти впливу	Рівні функціонування		
		На індивідуальному рівні	На рівні сім'ї	На соціальному рівні

Прямий	Дитина	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уточнення та ускладнення Я-образу, насамперед образу тіла.</li> <li>2. Розкриття особистісного потенціалу.</li> <li>3. Підвищення рівня знань і навичок.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Включення до сімейного функціонування.</li> <li>2. Формування дитячо-батьківської прихильності.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розширення кола спілкування.</li> <li>2. Формування навичок соціальної поведінки.</li> </ol>
Опосередкований	Батьки	<p>Розвиток особистісних ресурсів:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) підвищення рівня знань та умінь;</li> <li>б) підвищення рівня соціальної активності.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пошук внутрішньо-сімейних ресурсів.</li> <li>2. Сприяння формуванню адекватних батьківсько-дитячих стосунків.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прийняття «особливого» батьківства.</li> <li>2. Нівелювання соціальної ізоляції, дезадаптації.</li> <li>3. Пошук позасімейних ресурсів.</li> </ol>

### **Принципи роботи з дитини з порушеннями психофізичного розвитку:**

1. Принцип людяності: затвердження норм поваги і доброзичливого ставлення до кожної дитини, виключення примусу і насильства над її особистістю.

2. Забезпечення почуття безпеки та захищеності у дитини.

3. Створення умов для включення дитини в соціальні стосунки, спільну діяльність з іншими, в першу чергу, шляхом переживання ситуації. Цей принцип передбачає обов'язковий одночасний опосередкований вплив (підвищення соціальної та психолого-педагогічної компетентності батьків).

Ефективність психологічної допомоги значною мірою залежить і від соціально-психологічного середовища, в якому перебуває дитина з порушеннями психофізичного розвитку.

Для досягнення поставлених цілей необхідні функціональні форми, методи і технології корекційної роботи. Тренінгова робота, з то-

чки зору соціальних психологів, є найбільш ефективною формою роботи з групою підлітків. Саме в режимі інтенсивної міжособистісної групової взаємодії з урахуванням вікової специфіки розвитку підлітків та особливостей дітей з порушеннями психофізичного розвитку є можливість створити максимально сприятливі умови для активізації внутрішнього потенціалу особистості та моделювання і застосування нею нових, конструктивних форм поведінки.

Основними завданнями тренінгової роботи визначено: формування більш універсальних навичок, необхідних для життя в цілому; підвищення соціальної активності; формування адекватної самооцінки та розширення кола діяльності; включення дитини до активного сімейного функціонування, опрацювання можливих ролей, функцій і зон її сімейної відповідальності; вироблення перспективних шляхів соціалізації дитини, з урахуванням її реальних психофізичних можливостей.

**Таблиця 5.2**

**Система цілеспрямованого впливу на особистість дитини з метою оптимізації процесу її соціалізації**

Внутрішні чинники і соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку	Формат цілеспрямованого впливу	Цілі
«Уніфікованість» особистісної психоструктури суб'єкта	Особливості сприйняття, усвідомлення та ставлення до наявності у себе фізичного дефекту (відповідний образ тіла) Емоційна незрілість, низька самооцінка, тривожність	Включення механізму подолання тривожності, пов'язаної з зовнішніми проявами хвороби; підкріплення позитивного образу "Я". Розвиток особистісних якостей, які допомагають нейтралізувати переживання емоційного дискомфорту, оволодіння навичками самоконтролю, самоаналізу та саморегуляції.

Персональні цінності (ціннісні орієнтації)	Характеристики суб'єктивного смислового простору	Створення умов для вербалізації та усвідомлення власної життєвої перспективи. Формування стійких соціально-психологічних настанов на повноцінний спосіб життя
Уявлення дитини про певні соціальні ролі та свою соціальну роль як інваліда, аутсайдера.	Синдром гандикапу	Подолання гандикапу. Формування економічних настанов на економічну самостійність.
Базове ставлення до світу, інших людей (довіра/недовіра)	Обмеженість кола спілкування	Формування конструктивних навичок спілкування. Підвищення самооцінки.

Реалізуючи тренінгову практику слід зважати на те, що:

- процес соціального навчання має відбуватися із закріпленням, щоб набутий досвід і знання через певний час не були втрачені, а мотивація не перестала діяти;

- результати соціального навчання будуть помітні не одразу, реакції відповіді та соціальні дії, зміни на особистісному плані суб'єктів економічної соціалізації (підлітків) можуть проявитися набагато пізніше, як і зміни в поведінці. Перспектива соціального навчання потребує розмежування того, чому навчають і того, до чого прагнуть;

- соціальне навчання не передбачає того, що індивід буде сліпо наслідувати ту модель соціальної поведінки, яка демонструється на тренінгу. Скоріше, він буде коректувати свої власні реакції відносно до моделі наслідування або буде виробляти реакції дії, що є синтезом поведінкових моделей, які він спостерігав, аналізував, наслідував у різних сферах взаємодії з соціумом, адаптуючи їх до себе, своїх внутрішніх установок, стереотипів, переконань;

- соціальне навчання передбачає надання можливості учасникам практично випробувати власний і набутий на тренінгу досвід, реалізовувати свій потенціал і ресурси в діяльності;

– ефективність соціального навчання залежить від співвідношення очікуваних результатів тренінгового навчання. Якщо очікування були реалізовані, то певною мірою успіх соціального навчання був забезпечений.

Рушійні сили соціального навчання на тренінгу — це власний досвід підлітків; досвід інших учасників; соціальне переконання; зворотній психологічний зв'язок; отримання порівняльної інформації зі спостережень за іншими.

Важливу роль у цьому відіграє стимулювання активності й свідомої самодіяльності учасників тренінгового процесу відповідно до так званого партисипаторного підходу (партисипаторнийвід англ. participate — брати участь). Суть його в тому, щоб не пасивно споглядати, сприймати, поглинати інформацію, а бути дійсно учасником тренінгу, активним, умотивованим, суб'єктом діяльності, ініціативною особистістю, яка охоче засвоює знання, аналізує, самостійно планує свої подальші дії, знаходить найкращі способи й форми поведінки для себе, основуючись на власному та набутому досвіді.

Відповідно до партисипаторного підходу тренінгова робота має бути побудована так, щоб спонукати суб'єкта до рефлексії, самоаналізу, представлення власної точки зору та особистого економічного досвіду. Лише за таких умов ми можемо говорити про соціально-навчальний ефект тренінгової роботи.

Суперечливість соціального розвитку особистості у психодинамічному аспекті полягає у неузгодженості між сталими, незмінними, природженими індивідуально-типологічними властивостями особистості та її соціально визначеними якостями. Ці підструктури особистості в контексті "соціум - індивід" мають таку ієрархію: здатність до спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, досвід, інтелект, психофізіологія. Мова йде про конгруентність особистості, а саме відповідність своєрідних психодинамічних параметрів можливостям психофізіологічної бази особистості та її соціально-психологічним підструктурам.

Довготривалі, інтенсивні протиріччя можуть гальмувати, деформувати нормальний психічний розвиток людини, утворюючи складні особистісні проблеми. Балансування динамічних підструктур особистості, їх співвідношення психофізіологічним можливостям організму є основним завданням корекції.

За умови включення дитини у групову діяльність, вона залучається у розв'язування завдань, які стоять перед колективним

суб'єктом, вчиться погоджувати свої інтереси з інтересами інших учасників взаємодії.

Здатність регулювати свою діяльність і поведінку, узгоджуючи очікування інших з власними думками, бажаннями, діями і враховуючи їх ймовірні реакції посилює тенденцію до децентрації, що вкрай важливо для дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

### **Організація тренінгу.**

Програма тренінгу розрахована на дітей з порушеннями психофізичного розвитку підліткового віку. Враховуючи специфіку розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, а саме — повільність та асинхронність їх соціального розвитку, ми не ставили вікових обмежень для учасників тренінгу. Вважаємо доцільним орієнтуватися не на фізіологічний вік дитини, а на рівень її психо-соціального розвитку.

Оптимальна кількість учасників групи до 8 осіб.

Заняття - один-два рази на тиждень, тривалість заняття 80 - 120 хвилин. Тривалість занять обумовлена повільним темпом праці даної категорії дітей та необхідністю більш детального пояснення матеріалу. З метою виключення втомлюваності та виснаження дітей, в структурі занять обов'язковим елементом є релаксаційні вправи.

Тренінгова робота повинна спиратися на наступні принципи:

1. Принцип комплексності. Комплексність передбачала одночасний вплив на когнітивну, емоційно-вольову та поведінкову сферу дитини.

2. Принцип «навчання через досвід». В ході занять в процесі гри діти отримували певний практичний досвід, а потім цей досвід осмислювали та самостійно робили узагальнені висновки. «Навчання через досвід», в повній мірі може замінити стихійний процес отримання та усвідомлення досвіду, який може тривати роками або не відбудеться зовсім в реальному житті. Тренінг — це спеціально організована реальність справжнього життя учасників, де можна помилятися та отримувати досвід без втрат.

3. Принцип поетапності засвоєння знань та розвитку групи. У процесі планування занять і підбору ігор, ми виходили з того, що етапність подачі економічних знань повинна відбуватися відповідно до результатів нашого дослідження щодо усвідомлення підлітками з обмеженими фізичними можливостями основних економічних понять, тобто починати необхідно з тих складових, які усвідомлюються ними вбільшою мірою, а саме в такому порядку: гроші, зарплата; робота, професія; магазин, товар; реклама, банк; соціальна нерівність; життєва перспектива. Нова зустріч логічно витікала із попередньої та

слугувала в змістовному плані основою для наступної. Кожне завдання проходило ряд етапів від простого до складного.

4. Принцип доступності. Формальні труднощі матеріалу не завжди збігаються з його психологічною складністю. Рівень труднощів повинен бути доступним конкретній дитині. Відповідно до цього принципу, важливим було супроводження самостійної роботи учасників в малих групах — вони потребували додаткових пояснень, підтримки, це дало можливість дітям відчутти радість подолання.

5. Принцип системності. Полягав у організації взаємопов'язаних занять. Комплекс психодинамічних вправ було підібрано таким чином, що набуті навички підкріплювались з кожною послідувочною зустріччю на більш глибокому рівні. Під час реалізації програми перехід до нового матеріалу починався тільки після відносної сформованості того чи іншого уміння. Саме таким чином, виконання послідовних операцій, спочатку з психологом, а потім самостійно приводить до формування у дитини необхідних умінь і дій.

6. Зворотний зв'язок. Усвідомленню власних проблем та успіхів допомагало обговорення отриманого досвіду після виконання вправ, підведення підсумків занять та побудова планів досягнень. Для того щоб дитина могла з'ясувати, наскільки вона успішна та компетентна, вона отримувала від інших учасників і тренера зворотний зв'язок. Зв'язок цей був інформуючий та здійснювався за допомогою надання дитині інформації про успіх чи невдачу з поясненням причин та шляхів покращення результатів.

7. Принцип активності передбачав додержання правил тренінгової роботи усіма учасниками групи та реальне залучення кожного учасника у роботу. На ефективність тренінгу впливає наявність стійкої мотивації у всіх його учасників. Тому велику увагу тренер приділяв актуалізації Я-зусиль дітей та мотивації через активізацію їх психіки, її динамічних структур, підключення внутрішнього ресурсу особистості до саморозвитку.

8. Принцип конфіденційності полягав у тому, що зміст спілкування і події, які відбувалися у групі залишилися у межах групи. Атмосфера довіри, психологічної безпеки є обов'язковою умовою продуктивності роботи групи.

Розроблений тренінг являє собою комплекс психолого-педагогічних технік психо-соціального розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку підліткового віку, спрямованих на підкріплення позитив-

ного почуття "Я", активізацію власних зусиль саморозвитку, сприяє формуванню конструктивної соціальної поведінки у соціальних взаємовідносинах спочатку в умовах тренінгу, потім і за його межами.

### **Етапи тренінгу.**

Існує багато описів етапів роботи тренінгової групи, різні автори використовують різні підстави та різні варіанти послідовності тренінгових вправ. Частіше застосовують підхід, де пропонується наступна послідовність: підготовка, усвідомлення, переоцінка та дія.

В роботі з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку доцільнішим вважаємо іншу послідовність, а саме: дія (групова взаємодія-вивчення та групове виконання вправ та/або в парах і малих групах), релаксаційний практикум, усвідомлення (обговорення та обмін одержаним досвідом) та динамічне моделювання.

Перший етап — групова взаємодія — містить комплекс вправ, спрямованих на оволодіння конструктивними навичками економічної взаємодії. Завданнями цього розділу були: набуття та закріплення навичок ефективної соціальної взаємодії, розвиток вміння приймати прості рішення; підкріплення позитивного образу "Я"; розвиток вміння аргументовано відстоювати свою точку зору, чинити опір психологічному тиску, усвідомлювати характер власних стосунків з іншими.

Другий етап заняття — релаксаційний практикум — містить комплекс вправ, спрямований на мінімізацію тілесних переживань підлітка, гальмування тривожних реакцій та навіювання позитивних емоцій.

Релаксація знімає емоційну напругу і дає можливість дитині вільно думати і діяти, аналізуючи та вирішуючи власні проблеми, які викликають тривогу. Деякі релаксаційні комплекси поєднані з психогімнастикою та аутотренінгом.

Релаксаційні вправи, поєднанні з вправами, моделюючими різні ситуації соціальної взаємодії в групі, дозволяли зняти тілесну напругу, сприяли кращому розумінню своїх емоційних станів і керуванню ними, давали поштовх до вивчення підлітком самого себе та активізували процес свідомого розвитку особистості.

Третій етап — усвідомлення (обговорення та обмін одержаним досвідом). Завдання етапу: перегляд особистістю своєї системи цінностей; виділення цінностей внутрішньої мотивації. Робота з тілесними переживаннями на попередніх етапах дозволяє побачити важливість кожного з відчуттів, навчитися відстежувати, звертати увагу на зміни, що відбуваються в процесі активної взаємодії та отримані певного соціального досвіду. Підлітки відкривають можливість саморозвитку і самопізнання, починаючи із пізнання можливостей свого тіла. Центром зосередження зусиль в процесі саморозвитку стають випробування

себе, прийняття і розв'язання простих і складних завдань в результаті пред'явлень вимог до себе зі свого боку, і з боку оточення. Спеціальні вправи та взаємодія у змодельованих ситуаціях допомагають підліткам справитись із цими завданнями в контексті соціальних зв'язків і стати більш вмілими та впевненими у собі.

Четвертий заключний етап — динамічне моделювання — комплекс вправ, спрямований на відпрацювання вміння вільно застосовувати набуті навички конструктивної комунікації в змодельованих ситуаціях соціальної взаємодії. Саме на цьому етапі у дітей було закріплено отримані знання та відповідні навички соціальної взаємодії.

В даній комплексній програмі використовуються наступні методи: ігровий (дидактична гра, контргра, розв'язування проблемних задач, роліве програвання ситуацій); дискусійний (міні-лекції, бесіди, аналіз ситуації, групова дискусія); невербальний (психогімнастика, проекція).

В табл. 5.3. подано узагальнену структуру тренінгу.

**Таблиця 5.3.**

**Структура тренінгу**

<b>Етап</b>	<b>Завдання</b>	<b>Види роботи</b>	<b>Методи та зміст</b>	<b>Орієнтовна тривалість (хв.)</b>
1 групова взаємодія	1. Знайомство учасників групи, створення атмосфери довіри та саморозкриття, встановлення спільних цілей.	Вступне слово	Міні-лекція до теми	10
		Знайомство/Привітання	Вправи	10
		Правила	Вправи	10
		Очікування	Вправи	5
	2. Набуття та закріплення навичок ефективною соціальною взаємодією	Вправи	Вправи	25

2	релаксаційний практикум	1. Зняття емоційної, тілесної напруги. 2. Покращення розуміння своїх станів.	Релаксаційні комплекси психогімнастики аутотренінг	Вправи	20
3	успішного усвідомлення	1. Перегляд особистістю своєї системи цінностей, її збагачення. 2. Підвищення внутрішньої мотивації на соціальну активність.	Моніторинг та корекція процесу перегляду системи цінностей учасників тренінгу	Обговорення та обмін одержаним досвідом, дискусія	20
4	динамічне моделювання	Відпрацювання вміння вільно застосовувати набуті навички конструктивної комунікації в змодельованих ситуаціях соціальної взаємодії.	Економічні вправи, рольові ігри.	Обговорення, програвання ситуацій – вправи	20

Для закріплення здобутих знань і навичок обов'язковим вважаємо етап суппортивного (підтримуючого) супроводу. Суппортивний (від англ. support — підтримка, допомога) супровід — підтримка, підвищення реальних соціальних можливостей, допомога в соціальних змінах.

Суппортивний супровід соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку включає в себе:

1. Моніторинг навичок взаємодії та соціальної активності;
2. Підтримку і підкріплення позитивних змін, що виникли внаслідок корекційної роботи (за допомогою повторних, додаткових корекційних курсів та індивідуальних консультацій);

3. Оптимізацію взаємодії «з порушеннями психофізичного розвитку — «батьки» ( за допомогою впливу на батьків дитини).

## Література

1. Стребелева Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Текст] / Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина // Дефектология. — 2005. — № 1. — С. 3-10.
2. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК «Психология», 2004. — 192 с.
3. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи детям с отклонениями в развитии / Ткачева В. В. — Издательство: АСТ, Астрель, 2007. — 320 с.

### **5.2. Робота з батьками як опосередкований вплив на соціалізацію дитини з порушеннями психофізичного розвитку**

Необхідність впливу на батьків обумовлена їх найважливішою роллю в процесі соціалізації дитини з з порушеннями психофізичного розвитку.

Основні завдання:

1. Підвищенні соціальної активності батьків за допомогою збагачення їх знань, вмінь, життєвих цінностей, формування навичок роботи з власними особистісними ресурсами, розкриття потенційних можливостей, стимуляції самоактуалізації, формування продуктивних форм контактів в соціумі.

2. Формуванні адекватних батьківсько-дитячих стосунків шляхом навчання прийняттю батьками себе і своїх дітей, такими, якими вони є; вмінню любити дитину, стримувати гнів, роздратування, які виникають у відповідь на її неумілість або фізичну недостатність; формування конструктивних поведінкових стратегій в діаді батьки — дитина; вибору адекватних типів виховання, формування адекватної оцінки психологічного та фізичного стану дитини; позбавлення почуття відособленості і покинутості в своєму горі; позбавлення комплексу провини і неповноцінності себе і своєї сім'ї; особистісного зростання (самооцінки, самоповаги) батьків в процесі взаємодії з дитиною, в процесі її навчання і виховання; формування адекватного уявлення про місце «особливих» людей в суспільстві; оптимізації норм, правил, меж і ролівої структури сім'ї.

Для досягнення поставлених завдань ефективним вважаємо перехід від традиційної моделі впливу до активної інтервенції.

Інтервенція поведінки — це психологічне втручання в особистісний простір для стимулювання позитивних змін. Таким чином, найважливіші завдання психологічного втручання можна сформулювати в такий спосіб:

- формування мотивації на нові знання та зміни;
- стимулювання особистісних змін;
- корекція конкретних форм поведінки;
- корекція батьківської позиції та поведінки.

Корекція позиції ставлення до дитини проводилася в трьох напрямках: робота з неадекватними когнітивними, емоційними і поведінковими стереотипами.

Основним інструментом впливу була безпосередньо психокорекційна група (так званий «горизонтальний контур взаємодії» за В. Ткачовою [213]).

П'ятифазна методика групової психотерапії.

Тривалість роботи групи - від 1 години до 1,5 години (при застосуванні ігрових методів).

В нульовій фазі — фазі передгрупової ситуації – формування мотивацію на групову роботу.

У першій фазі — фазі орієнтації — утворення групи, учасники приймають правила роботи, запропоновані психологом.

Друга фаза — негативно-агресивна — стадія переформулювання цілей і перерозподілу відповідальності. Оскільки досягнення кожного учасника групи залежать від його внутрішньої мотивації усвідомлення проблеми та її вирішення.

У третій фазі — фазі вирішення індивідуальних проблем — виявляють конфліктні ситуації, а потім намагаються їх вирішити.

У четвертій фазі — фазі екзистенціального вибору — батьки обговорюють досягнуті результати, способи їх досягнення та їх сенс у змінені своєї життєвої ситуації та у вирішенні майбутнього дитини.

На групових заняттях використовують наступні методи:

- ігротерапію, яка сприяє створенню тісних взаємозв'язків між учасниками групи, зняття напруги, тривоги, підвищенню самооцінки;
- метод поведінкового тренінгу, який забезпечує можливість досить швидкого навчання новим формам і способам поведінки, розвиває здатність адекватно сприймати себе та інших, підвищити чутливість до групових процесів.

На початковому етапі роботи запорукою її успішності є встановлення комплаєнтності (відповідності поведінки рекомендаціям)

взаємовідносин з батьками, чому сприяє довіра до психолога і позитивне емоційне налаштування на зміну життєвої ситуації. Це досягається за допомогою прийомів когнітивно орієнтованої психотерапії (КОПТ).

КОПТ характеризується директивним підходом із залученням авторитету і знань психолога та використанням методик переконання, роз'яснення, підбадьорення та відволікання.

Структура і конкретний зміст КОПТ повинні бути максимально індивідуалізовані відповідно до типологічних особливостей батьків, рівнем їх активності, а також типом батьківського ставлення до дитини.

Спрямована на корекцію особистісних реакцій батьків, когнітивно орієнтована психотерапія передбачає логічну аргументацію висунутих і обґрунтованих психологом положень. При її проведенні виявляється і демонструється батькам невизначеність, суперечливість, непослідовність і бездоказовість тих чи інших висунутих ними аргументів, що стосуються декларованих соціальних і сімейних проблем. У доступній формі, логічно і переконливо неправильним умовиводам батьків протиставляються доказові положення, які показують можливість і шляхи виходу з несприятливої життєвої ситуації сім'ї.

Аналіз психогенної ситуації і опосередковане обговорення її створює передумови для критичного осмислення батьками їх життєвої ситуації, опосередкований коригуючий аналіз дозволяв об'єктивізувати в їх уявленні власні характерологічні риси і власну поведінку. Це вже само по собі створює передумови для переосмислення неправильних установок і вибору оптимального вирішення актуальних життєвих питань.

Однією з ефективних технік є техніка дискутування (заперечування) ірраціональних поглядів, запропонована А. Ellis, W. Dryden. Ця техніка заснована на використанні трьох категорій заперечування: детекції, дебатування і дискримінації.

Детекція включає в себе встановлення та фіксацію дисфункціональних установок, думок і оцінок, характерних для батьків дитини з обмеженими фізичними можливостями.

Дебатування представляє собою особливим чином організований потік питань, які задавалися батькам, щоб допомогти їм відмовитися від наявних ірраціональних думок, оцінок і переконань, наприклад: «Чи можете Ви довести Ваші переконання?», «У чому Ваше переконання точно, а в чому ні?», «Що робить його таким?» і т.п. Питання задавали до тих пір, поки вони не усвідомлювали неточність

свого ірраціонального переконання і точність його раціональної альтернативи.

Дискримінація полягає в тому, що психологом визначаються відмінності між цінностями батьків — неабсолютними (їх перевагами, бажаннями, мріями і планами) і абсолютними (потребами, вимогами, імперативами). Логічні доводи із застосуванням дидактичних і риторичних технік ми поєднували з імажинативними (фантазія і уява) техніками.

Найбільш часто використовують техніку раціонально-емоційної уяви, запропоновану А. Ellis — Jr. Maultsby. У процесі реалізації цієї техніки батьки вчаться трансформувати власні деструктивні емоції, змінюючи основні ірраціональні переконання, які лежать в їх основі.

В якості найбільш продуктивної, тобто такої, що об'єктивно реконструює самосвідомість батьків форми роботи виступає групова дискусія.

Матеріалом для дискусій можуть бути спеціально відібрані психологом теми, особливо значущі для даної категорії батьків, наприклад, які зачіпають.

Групове психокорекційний заняття будується за стандартним алгоритмом.

1. Розминка. Учасники групи готуються до роботи. Для цієї мети використовують спеціальні психогімнастичні вправи, які налаштовували батьків на певний вид внутрішньої психологічної роботи. Виділення розминки в окремий етап заняття було особливо важливим на початкових стадіях розвитку групи, це дозволяло зняти напруженість і скутість учасників. Головним засобом комунікації на цьому етапі виступала рухова експресія (другий рівень емоційної регуляції). На етапі розминки використовують вправи на увагу, на зняття напруги, на скорочення емоційної дистанції, на тренування розуміння невербальної поведінки, а також на тренування здатності вираження своїх почуттів за допомогою невербальної поведінки. Починалася розминка з привітання.

2. Подальша робота в групі була спрямовується на нормалізацію психологічного стану батьків, нівелювання негативних індивідуально-особистісних особливостей.

Для оптимізації особистісної і комунікативної компетентності використовують елементи тренінгу спілкування.

З метою формування адекватних батьківсько-дитячих відносин використовують різновид КОРП — психокорекційну техніку, розроблену В. Ткачової [216]: дискусію-обговорення авторських оповідань — «життєвих історій» батьків дітей з відхиленнями у розвитку. В оповіданні описується типова ситуація, з якою стикалися батьки дітей з відхиленнями у розвитку. Така ситуація звичайно включає типові особистісні та поведінкові реакції як батьків, так і осіб, які їх оточують. Одночасно розповідь використовується як провідний механізм корекційного впливу, при якому обговорення або програвання конфліктної ситуації здійснювалося не від першої, а від третьої особи.

Розповіді систематизують за тематикою відповідно до основних проблемних ситуацій. Тематика обговорень може мати три напрямки: а) проблеми, що стосуються стосунків матері та дитини; б) проблеми, що стосуються стосунків матері, дитини та її батьком; в) проблеми, що стосуються стосунків батьків дитини та соціумом.

3. Зворотній зв'язок. Створення в групі ефективної системи зворотного зв'язку дозволяє учасникам зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні уявлення та установки, поведінкові стереотипи, які проявляються в житті та в сімейних стосунках, ставленні до дитини, а, отже, і змінити їх.

## Література

1. Стребелева Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Текст] / Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина // Дефектология. – 2005. – № 1. – С. 3-10.
2. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК «Психология», 2004. — 192 с.
3. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи детям с отклонениями в развитии / Ткачева В. В. — Издательство: АСТ, Астрель, 2007. — 320 с.

## Список словотвірних елементів

**а-**, перед голосними **ан-** – грец. *a...*, *an...* – префікс в іншомовних словах, а також у словах, утворених від іншомовних основ, який має значення заперечення: **не-**, **зне-**, **без-**.

**анти-**, **ант-** – грец. *anti...* – префікс, що означає протилежність, спрямованість проти чого- (кого-) **небудь**, протидія: **проти**.

**де-** – лат. *de...* – префікс, що означає скасування, усунення, брак чого-небудь або зниження; рух униз: **з-**, **від-**, **зне-**.

**дез-** – лат. *dés...* – префікс, що означає видалення, відсутність, знищення або спотворення чогось: **з-**, **від-**, **роз-**.

**диз-**, **дис-** – грец. *dys...*, лат. *dis...* – префікс, що означає поділ, відокремлення, втрату, позбавлення, заперечення, розлад функції; надає слову негативного або протилежного змісту: **не-**.

**ім-**, **ін-** – лат. *in (im)...* – префікс, що означає заперечення, брак, відсутність чого-небудь або проникнення у щось: **не-**, **без-**; **на-**, **у-**.

**інтер-** – лат. *inter* – префікс, який має значення перебування між чим-небудь у просторі або у часі: **усередині**, **між**, **посеред**, **поміж**, **спереду**, **під час**.

**ко-**, **ком-**, **кон-** – лат. *co...*, *com...*, *con...* – префікс, що означає об'єднання, спільність, сумісність: **з-**, **зі-**, **спів-**, **разом**.

**контр-**, **контра-** – лат. *contra* – префікс, що означає протидію, протиставлення, протилежність тому, що виражене у другій частині слова: **проти-**.

**логос** – грец. *logos* – поняття; думка, розум; вчення.

**манія** – грец. *mania* – безумство, шаленство.

**метод** – грец. *methodos* – спосіб пізнання.

**ном...**, **номія** – грец. *nomos* – частина слова, яка відповідає поняттям “закон”, “положення”.

**пар...**, **пара** – грец. *para* – префікс, що означає суміжність, переміщення, відступ, відхилення, зміну.

**ре-** – лат. *re* – префікс, що означає повторну, зворотну дію; протилежну дію або протидію: **від-**, **знову**.

**соціальний** – лат. *socialis* – товариський, громадський.

**соціо...** – лат. *societas* – спільність, суспільство.

**супер-** – лат. *super...* – префікс, що означає головний, найвищий ступінь якості або підвищеної, посиленої дії; розміщення зверху, над чим-небудь: **над-**, **вище**, **згори**.

**теорія** – грец. *theōria* – розгляд, дослідження.

**терапія** – грец. therapeia – лікування.

**техно...** – грец. technē – мистецтво, майстерність.

**...тип, ...типія** – грец. typos – частина слів, яка вказує на зв'язок з поняттями “слід”, “відбиток”.

**...фікація** – лат. *ficatio* < *facio* – частина слів, що означає здійснювання, утілювання – роблю.

**...філія** – грец. *philia* – любов, дружба; частина слів, що відповідає поняттям “схильність”, “нахил”, “любов до чого-небудь”.

**фобія** – грец. *phobos* – страх; частина слів, що відповідає поняттям “нетерпимість”, “страх”.

## Словник основних термінів

**Абілітація** – ability (грец. abulia – нерішучість) – комплекс заходів (послуг), спрямованих на формування нових і підсилення вже існуючих ресурсів соціального, психічного та фізичного розвитку дитини або сім'ї.

А. у соціально-педагогічній діяльності – це система заходів, спрямованих на опанування знань і навичок, необхідних для незалежного проживання особистості у соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування. Термін частіш за все використовують стосовно дитини з особливими потребами, а також сім'ї, яка знаходиться в кризовій ситуації.

**Агент соціалізації** – socialization agent – конкретні люди, відповідальні за засвоєння культурних норм й опанування соціальних ролей.

**Агресивність** – aggression (лат. aggressio – напад) – емоційний стан, що пов'язаний з деструктивною активністю. Виявляється в емоційно-поведінковій спрямованості як на себе (аутоагресивна поведінка), так і на оточуючих. Характеризується переживаннями: гніву, злості, нанесення психологічної та фізичної шкоди. У груп ризику виявляється як відповідь на негативне ставлення суспільства або оточуючих людей.

**Агресивність дитяча** – children's aggression – емоційний стан і риса характеру дитини. Характеризується імпульсивною активністю поведінки, афективністю переживань (гніву, злості, намагання заподіяти іншому травму фізично чи морально). Є наслідком негативного ставлення до них – брак любові, чуйності, поваги, надмірна суворість, зловживання покараннями.

**Адаптація** – adaptation (лат. adaptatio – пристосовую) – пристосування людини або групи людей до нового соціального середовища, а також частково і пристосування до них цього середовища з метою співіснування та взаємодії. А. тісно пов'язана з процесом соціалізації, тому, як правило, вживається термін соціальна адаптація.

**Адаптація соціальна** – social adaptation – процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо створення стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального

середовища. Важливу роль у процесі А. с. відіграє адаптаційний потенціал особистості. Це можливості включатися у нові умови соціального середовища; тобто, володіння уміннями і навичками пристосування, які людина набуває у процесі життєдіяльності. Соціальна адаптація виступає у двох формах: активній та пасивній. При активній формі людина прагне активно взаємодіяти з середовищем, впливати на його розвиток, долати труднощі та перепони, вдосконалювати суспільні процеси. При пасивній формі адаптації людина не прагне до змін оточуючої дійсності, схильна до конформізму, недостатньо мобілізує свої біологічні, інтелектуальні та психологічні ресурси до пристосування у соціальному середовищі. У результаті цього при зустрічі людини з певними об'єктивними труднощами, хворобами, екстремальними ситуаціями як результат низької адаптації може виникнути соціальна дезадаптація (social disadaptation), що виявляється у різних формах девіантної поведінки.

**Активність життя** – vital activity – система відносин людини до себе і світу, усвідомлення нею призначення свого життя, прагнення до розвитку і самореалізації, прийняття відповідальності за своє фізичне, психічне, соціальне й духовне здоров'я.

**Активність особистості** – personal activity – поведінка, яка характеризується інтенсивністю і спрямованістю, мобілізацією психічних якостей з метою досягнення певних цілей.

**Активність соціальна** – (від лат. activus – діяльний) – свідома, цілеспрямована діяльність людини, орієнтована як на перетворення об'єктивних соціальних умов, так і на формування соціальних якостей власної особистості (активної життєвої позиції).

**Ампліфікація** – amplification (лат. amplificatio – збільшення, розширення < amplius – більше і facere – робити) – максимальне використання можливостей кожного віку для повноцінного психічного розвитку дитини.

**Анамнез** – anamnesis (грец. anamnesis – спогад, пригадування) – сукупність інформації про характер минулого життя.

**Анкетування** – questioning – письмове опитування з метою отримання соціопсихологічної, соціопедагогічної та іншої інформації.

**Аномалія** – anomaly (грец. anomalia – відхилення) – різні відхилення від норм перебігу психічних або фізичних процесів і функцій.

**Артпедагогіка** – art pedagogics – галузь наукового знання, яка ґрунтується на синтезі педагогіки й мистецтва, забезпечує розробку теорії та практики педагогічного корекційно спрямованого процесу

художнього розвитку дітей, частіше – з вадами розвитку; формує основи художньої культури особистості через мистецтво та художньо-творчу діяльність. Суть артпедагогіки полягає у вихованні, навчанні та розвитку засобами мистецтва осіб із обмеженими можливостями; формуванні у них основ художньої культури та оволодінні практичними навичками різних видів художньої діяльності.

**Арттерапія** – art therapy (грец. therapeia – лікування) – використання творчих експресивних засобів – скульптури, малюнку, ліплення, різьби, випалювання тощо – для корекції поведінки людей із емоційними проблемами, стимулювання активності клієнта.

**Батьківство** – paternity (fatherhood) – це процес забезпечення батьками (рідними чи прийомними стосовно дитини) необхідних умов для повноцінного розвитку, виховання та навчання дітей. Основними характеристиками батьківства є батьківська позиція та стиль виховання.

**Бесіда** – conversation – метод отримання інформації про особистість, надання емоційної, психологічної, психіатричної підтримки за допомогою словесного спілкування за спеціально розробленою програмою. Результативність Б. залежить від дотримання певних вимог: чітко сформульованої мети бесіди, розроблених запитань та їх послідовності, а також додаткових варіантів запитань залежно від реакції співрозмовника, його індивідуальних особливостей; прийомів і способів встановлення психологічного контакту з клієнтом; фіксації отриманої інформації. Б. застосовується з метою вивчення психологічних особливостей людини (її переконань, прагнень, інтересів, ставлення до мікросоціуму тощо), а також умов формування цих особливостей.

**Бібліотерапія** – bibliotherapy (грец. biblion – книжка; грец. therapeia – лікування) – розділ психотерапії, який з допомогою спеціально дібраної літератури (переважно художньої) надає лікувальну і профілактичну допомогу людям із соматичними (тілесними) і психічними захворюваннями.

**Виховання** – bringing up, education, training – процес соціокультурного становлення і розвитку індивіда, під час якого, залежно від спрямованості впливу, відбувається засвоєння ним соціального досвіду, знань, зразків і норм поведінки, цінностей культури. В. – процес цілеспрямованого, систематичного формування особистості, що зумовлюється законами суспільного розвитку. В. сприяє соціальній адаптації за допомогою спеціально організованих впливів виховних закладів, форм і методів роботи в них. Гуманізм – визнання цінності людської особистості, її права на

вільний розвиток і реалізацію своїх можливостей.

**Виховання сімейне** – family education – одна з форм виховання дітей, що поєднує цілеспрямовані педагогічні дії батьків із повсякденним впливом сімейного побуту. Головне завдання В. с. – підготовка дітей до життя у наявних соціальних умовах, набуття ними знань, умінь і навичок, необхідних для нормального формування особистості в умовах родини.

**Гіперопіка** – hypercare (грец. hyper – над, надміру) – неправильна (неадекватна) батьківська позиція, що виявляється у надмірному піклуванні про дитину.

**Гуманізм** – humanism (лат. humanos: homo – людина, humus – земля) – прояв суспільної свідомості, що виявляється у ставленні до людини як до найвищої суспільної цінності, у визнанні її як особистості, що має права на свободу, щастя і всебічний розвиток своїх здібностей. Як властивість особистості Г. виявляється в глибокій повазі до інших людей, їх життя і діяльності. У соціальній роботі реалізується у процесі спілкування і діяльності через сприяння, допомогу, співучасть, підтримку, повагу до людської особистості.

**Гуманність** – humanity – система установок особистості щодо інших живих істот (людей, тварин), зумовлена моральними нормами суспільства, виражена у свідомості у формі співчуттів та співпереживань і практично реалізується в діяльності і спілкуванні. Як соціальна установка Г. має пізнавальний, емоційний і поведінковий компоненти, які використовуються при аналізі багатьох проблем, пов'язаних із засвоєнням моральних норм, емпатією тощо. Найповніше Г. суб'єкта виявляється в системі міжособистісних стосунків у колективі, де кожен ставиться до іншого як до себе, і до себе, як до інших, відповідно до завдань спільної діяльності. Практичним втіленням Г. є колективістська ідентифікація. Г. не є вродженою властивістю особистості, а формується і розвивається протягом життя у процесі виховання.

**Девіація** – deviation (лат. deviatio – відхилення) – відхилення у розвитку, функціонуванні, параметрах або якостях об'єкта (процесу, явища чи сис- 44 теми) від визначених для них норм. Поняття “девіація” може стосуватися як фізичних об'єктів, так і біологічних, і соціальних, проте норми, на основі яких визначаються девіації, завжди є продуктом людської свідомості. Норма – уявлення щодо припустимої мінливості об'єкта або його проявів, за якої він (об'єкт) не втрачає своєї сутності та спроможний виконувати свої функції.

**Дегуманізація** – dehumanization – 1) процес спотворення гуманних установок у соціально-політичній сфері, що означає знецінення реального життя людини, приниження прав, можливостей, інтересів особи; 2) звуження умов, можливостей, які забезпечують розвиток і вдосконалення особи: ослаблення правових і політичних гарантій нормальної життєдіяльності і свобод людини, громадянина.

**Деадаптація** – desadaptation (франц. des – від, роз; лат. adaptatio – пристосовую) – наслідок низького рівня соціальної адаптації до соціального середовища.

**Декларація прав дитини** – Child Rights Declaration – міжнародний документ, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1959 р. Д. п. д. ставить за мету забезпечити дітям щасливе дитинство і користування правами і свободами; закликає світове товариство, державні й позадержавні установи, приватних осіб до визнання цих прав і дотримування їх шляхом законодавчих та інших заходів, поступово застосовуваних відповідно до принципів зазначених у декларації.

**Депривація** – deprivation (лат. deprivatio – втрата) – стан, який виникає внаслідок дефіциту вражень, позбавлення чогось необхідного, що є потребою дитини. Д. обов'язково призводить до емоційного дискомфорту і є основою нервових розладів, наркотичної залежності, асоціальних вчинків тощо.

**Депривація соціальна** – social deprivation – відсутність або дефіцит економічних та психологічних умов розвитку людини. Вони включають забезпеченість житлом, грошима, а також турботу близьких людей чи адекватну їх заміну.

**Десоціалізація** – desocialization – втрата особистістю якостей, необхідних для нормальної життєдіяльності у суспільстві; має якості, несумісні з вимогами суспільства.

**Дискримінація** – discrimination (лат. diskriminatio – розрізняю, розділяю) – навмисне позбавлення або обмеження прав окремих громадян, певних соціальних груп чи громадських організацій, здійснюване за ознаками расової, національної або державної приналежності, майнового стану, політичних чи релігійних переконань, статі тощо.

**Дитина** – особа у віці від 0 до 18 років.

**Дитина з інвалідністю** – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізи-

чного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та зумовлює необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

**Діагноз** – diagnosis (грец. diagnosis – визначення, розпізнавання) – остаточне встановлення (висновок) особливостей явища (хвороби, психологічних особливостей, рівня соціальної адаптації).

**Діагностика** – diagnostics (грец. diagnostikos – здатний розпізнавати) – процес встановлення діагнозу за певними методиками.

**Діагностика педагогічна** – pedagogical diagnostics – сукупність прийомів контролю та оцінки, спрямованих на вирішення завдань оптимізації навчального процесу, диференціації учнів, а також удосконалення навчальних програм і методів педагогічного впливу.

**Діагностика соціальна** – social diagnostics – вивчення причинно-наслідкових зв'язків, ставлення до соціальних цінностей суспільства, сутності соціальних проблем, котрі утворюють складну життєву ситуацію індивіда, родини, групи.

**Дієздатність** – ability, activity, competent (юр.) – спроможність людини свідомо здійснювати певну діяльність, нести відповідальність за її наслідки.

**Діти** – children – за Конвенцією ООН про права дитини – особи від народження до 18 років (повноліття). У суспільстві діти захищені соціальними, юридичними і моральними нормами, проте через недостатню здатність задовольнити свої потреби і захищати інтереси перебувають соціального піклування і відповідальності родини, а також держави і суспільства у цілому.

**Діти аномальні** – anomalous children (грец. anomalia – відхилення) – діти зі значними відхиленнями від нормального фізичного чи психічного розвитку. Дефект однієї з функцій порушує розвиток тільки за певних обставин. Наявність того чи іншого дефекту ще не визначає аномального розвитку. Д. а. потребують спеціального навчання і виховання. Основні категорії Д. а.: діти з вадами слуху (глухі або які слабкочують), з вадами зору (сліпі, слабозорі), з важкими порушеннями мови (логопати); з порушеннями інтелектуального розвитку (розумово відсталі, діти із затримкою психічного розвитку); з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, сліпі, розумово відсталі, глухі, розумово відсталі); з порушеннями опорно-рухового апарату.

**Допомога соціальна** – social assistance (лат. socialis – товариський, громадський) – комплекс дій державних, громадських органі-

зацій, спрямованих на підтримку осіб та соціальних груп, що знаходяться у кризовій ситуації. Розрізняють наступні види такої Д. с.: матеріальна, соціально-медична, психолого-педагогічна, консультативно-інформаційна, правова.

**Життєва перспектива** – vital prospect – усвідомлене освоєння особистістю свого майбутнього; здатність виробляти щодо нього прогностичні оцінки.

**Життєдіяльність** – vital functions (activity) – весь спектр життєвої активності особистості, організація нею всіх сфер свого буття, самовизначення, здійснення життєвих виборів, реалізація цінностей.

**Захист дитини** – child advocacy – комплекс державних заходів і зусиль громадських організацій щодо законодавчого закріплення прав дітей, що орієнтується на пріоритет дітей, необхідність першочергової уваги до їх фізичного і духовного розвитку, гарантування особистих прав дітей, сім'ї у суспільстві.

**Здоров'я** – health – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя (ВООЗ).

**Здоров'я психічне** – psychical health – стан душевного благополуччя, який характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів, що забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію життєвої активності.

**Здоров'я фізичне** – physical health – це рівень росту та розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні та функціональні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції.

**Інвалід** – invalid (лат. invalidus – слабкий, хворий) – особа зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, зумовлює потребу в соціальній допомозі й посиленому соціальному захисті такої особи, а також вживання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав. Синоніми: “люди з функціональними обмеженнями”, “людина з обмеженими можливостями”, “людина з особливими потребами”, “неповносправна людина”.

**Інвалідність** – 1) міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів; 2) обмеження в можливостях, обумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними,

законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути інтегрованою в суспільство і брати участь у житті сім'ї та держави на тих же умовах, як і інші члени суспільства.

**Індивідуальна програма реабілітації** – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів із визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здатність конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

**Інклюзія** – inclusion (франц. *inclusif* – який включає в себе) – філософія або система цінностей, в основі якої – переконання, що всі люди мають право на рівний доступ до усіх послуг. Термін часто використовується стосовно доступу дітей з обмеженими функціональними можливостями до всіх сфер освітнього простору.

**Інститут соціальний** – social institution – специфічні соціальні утворення, що забезпечують відносну сталість зв'язків і стосунків у межах соціальної організації суспільства, певні історично зумовлені форми організації та регулювання суспільного життя.

**Інтеграція** – integration (лат. *integratio* – відновлення, поповнення) – це поєднання складових частин соціуму, передусім, індивідів і груп, в єдину соціальну цілісність як систему: 1) процес і стан поєднання різних за якістю соціальних елементів у функціонально єдиний організм, цілісне утворення; 2) процес входження до певної системи, яка утворилася; 3) характеристика співпадання цілей різних соціальних груп, індивідів.

**Інфантилізм** – infantilism, *infantility* (лат. *infantilis* – дитячий) – затримка у розвитку особистості, для якої характерним є збереження у дорослому віці людини фізичних і психічних властивостей дитини.

**Інфантилізм соціальний** – social infantilism, *infantility* – поняття, що характеризує розрив між біологічним і соціокультурним зростанням молоді. Виступає наслідком порушення соціалізації.

**Комісія медико-педагогічна** – medical pedagogics commission – організується для медико-педагогічного вивчення дітей з тими чи іншими дефектами для встановлення діагнозу й направлення їх у спеціальні навчально-виховні заклади або оздоровчі установи. До її складу входять дитячий психоневролог або лікар іншої спеціальності, педагог-дефектолог, логопед і педагог масової школи. М.-п. к. надає консультації педагогам та батькам щодо режиму навчання і виховання аномальних дітей з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей.

**Комплекс меншовартості** – outvoted complex – стійке та всеохоплююче відчуття особою своєї невідповідності та оцінювання самого себе як людини, що не відповідає очікуванням інших.

**Комплекс неповноцінності** – inferiority complex – знижена самооцінка, що не відповідає дійсним можливостям індивіда. Синонім: гіперкомпенсація.

**Конвенція ООН про права дитини** – Child’s Rights UN Convention – документ, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1989 р. К. визначена як “велика хартія вільностей для дітей, світова конституція прав дитини”, розвиває положення Декларації прав дитини, покладаючи на держави, які її приймають, правову відповідальність за дії щодо дітей; пропонує більш міцні юридичні гарантії і норми. Основні положення К. – забезпечити права дітей на виховання, розвиток, захист і активну участь у житті суспільства. Ратифікована Верховною Радою України 27 лютого 1991 р.

**Кондуктивна педагогіка** – conductive pedagogics (лат. conductor – супровідний; той, хто веде) – педагогічна діяльність із дітьми з обмеженими можливостями, переважно з порушеннями опорно-рухового апарату, спрямована на формування самостійної активності і незалежності дитини, яка прагне адаптуватися до навколишнього середовища.

**Консультація** – consultation (лат. consultatio – звертання за порадою) – форма і метод надання соціально-психологічної і педагогічної підтримки, порада спеціалістів з окремих питань; аналіз конкретних складних ситуацій.

**Консультавання** – consultancy – комбінована стратегія, реалізуючи яку, експерт (консультант) допомагає консультованому (іншому соціальному працівнику) ефективніше надавати послуги клієнтові завдяки збагаченню, модифікації знань, навичок, ставлень, поведінки.

**Консультавання соціально-психологічне** – socio-psychological consultancy – вид професійної допомоги клієнтам, який охоплює базові цінності, принципи, цілі, завдання та методичний інструментарій, як психологічного консультавання, так і практичної соціальної роботи (ведення випадку).

**Корекція** – correction (лат. correctio – виправлення, поліпшення чогось) – психолого-педагогічні засоби подолання чи послаблення порушень психічного або фізичного розвитку, тієї чи іншої психічної функції.

**Корекційно-виховна робота** – система педагогічних заходів, спрямованих на подолання або послаблення недоліків психічного і фізичного розвитку дітей з особливими потребами.

**Метод** – method (грец. methodos – спосіб пізнання) – спосіб організації теоретичної і практичної діяльності, спрямований на оволодіння закономірностями процесу розвитку об’єктивної дійсності. Система прийомів для досягнення поставленої мети; М. виховання, впливу, управління тощо.

**Мікросередовище соціальне** – social microenvironment – сукупність малих соціальних груп, контактних колективів та організацій, до яких залучається особистість у процесі соціального спілкування і діяльності. У системі зв’язків “особистість - суспільство” М. с. є істотним компонентом, без врахування якого неможливо адекватне розуміння як самої структури особистості, так і її зв’язків із суспільством. Людина усвідомлює свою належність до суспільства і свої суспільні інтереси через конкретні малі групи й організації, які слугують для неї провідником ідей, цінностей і норм суспільства й за допомогою діяльності, в яких вона бере участь у суспільному житті.

**Моніторинг наданих послуг** – given services monitoring – накопичення інформації з усіх аспектів діяльності з метою з’ясування, наскільки відповідає вона бажаному результату, сприяє досягненню поставлених цілей.

**Навички** – habits – дії, складові частини яких у процесі формування стають автоматизованими. Автоматизована дія стає операцією (прийомом) у структурі діяльності. При наявності Н. діяльність людини відбувається швидше і продуктивніше. Відповідно до видів дій розрізняють види Н.: рухові, мислительні, мовні, інтелектуальні, сенсорні, перцептивні тощо. Н. необхідні в усіх видах діяльності. Формуються Н. на основі застосування знань про відповідний спосіб дії, шляхом цілеспрямованих планомірних вправлень. Н. є необхідними компонентами уміння. З психологічної точки зору Н. психічне новоутворення, прийом діяльності, завдяки якому індивід спроможний виконувати певну дію раціонально, з належною точністю, без зайвих витрат фізичної та нервово-психічної енергії.

**Наснаження** – empowerment, inspiration – у практиці соціальної роботи: процес допомоги особам, сім’ям, групам та громадам підсилити свої особисті, міжперсональні, соціально-економічні та політичні сильні сторони і розвинути здатність впливати на обставини з метою їх покращення.

**Негативізм** – negativism (лат. negativus – заперечний) – одна з ознак психічного розладу, яка виявляється у невмотивованому опорі різним впливам.

**Негативізм дитячий** – children’s negativism – 1) демонстративний протест дитини проти незадовільного ставлення до неї з боку ровесників і дорослих; 2) безглузда протидія дитини будь-якому зовнішньому впливу (втручанню інших) у різних формах – від сором’язливості до “вчинків навпаки”, тобто, протидія заради самої протидії. Проявляється у впертості, грубощах та відмові виконувати вимоги старших. Розрізняють Н. д.: пасивний, коли дитина без достатньої мотивації не виконує того, що від неї вимагають; активний, коли дитина виконує не те, що від неї вимагають, а прямо протилежне; внутрішній – опір внутрішнім імпульсам. Н. д. може бути наслідком їх неправильного виховання; незадоволення певних важливих для дитини соціальних потреб у спілкуванні, повазі, емоційному контакті з ровесниками тощо.

**Недіздатність** – наслідок дефекту чи обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею повної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих чи соціальних факторів.

**Недуга** – втрата чи аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність.

**Нозологія** – вчення про хвороби, їх класифікацію й номенклатуру, згідно з якою здійснюється віднесення інвалідів до відповідних груп у залежності від наявних вад.

**Нормативно-правова база соціально-педагогічної роботи** – sociopedagogical work normative law basis – сукупність законодавчих актів, а також накази, договори, інструкції, правила, статuti тощо, у яких подано тлумачення основних цінностей, принципів, мети, понять соціально-педагогічної роботи, викладено положення, що регламентують діяльність та взаємодію суб’єктів цієї роботи, визначено зміст, технології соціальних послуг. Н.-п. б. забезпечує доступність, адресність, якість надання соціальних послуг, визначає їхні стандарти, а також дозволяє контролювати та оцінювати діяльність суб’єктів соціальної роботи.

**Обмежена можливість** – втрата здатності (внаслідок наявності дефекту) виконувати певну діяльність у межах того, що вважається нормою для людини.

**Обмеження життєдіяльності** – повна або часткова втрата конкретною людиною здатності чи можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки внаслідок захворювання, травми або вроджених вад.

**Особливі потреби** – термін, пом'якшений на відміну від термінів «інвалід», «дефектність», «відставання». Синонім терміну «потреби дитини, яка має певні зміни у своєму розвитку». Це стосується дітей із порушенням розвитку (частіше – відставання у фізичному та психічному розвитку) з різних причин: інтелектуальна недорозвиненість, нервові порушення і хвороби, психологічне травмування, наслідки неадекватності самооцінки й неправильного поводження з дітьми та асоціальних умов існування. До особливих потреб можуть належати життєві потреби: вживання певної їжі й задоволення потреб у харчуванні та в інших життєвих проявах специфічним чином; особливі пристосування для нормальної життєдіяльності тощо, соціально-психологічні потреби (у спеціальній освіті, конкретних медичних, реабілітаційних, педагогічних, психологічних, соціальних послугах) і т. п.

**Оцінка потреб дитини** – child's needs valuing – визначення найбільш ефективного забезпечення всебічного розвитку дитини, встановлення конкретного виду послуг та допомоги, яких потребує конкретна дитина. Потреби дитини – це предмет оцінки, а дитина (її батьки та представники найближчого оточення) – її об'єкт.

**Оцінка потреб дитини та сім'ї** – child's & family's needs valuing – гнучкий процес збору, узагальнення й аналізу інформації щодо стану та життєвих обставин дитини та сім'ї з метою визначення необхідних видів соціальних послуг, соціальної допомоги, методів втручання, спрямованих на зміну ситуації у сім'ї чи поведінки її членів на краще.

**Патронаж** – patronage (лат. patronus – покровитель, оборонець) – форма роботи деяких закладів у домашніх умовах.

**Патронаж соціально-педагогічний** – socio-pedagogical patronage – передбачений законом України “Про освіту” (стаття 22). Він має сприяти взаємодії закладів освіти, сім'ї і суспільства у вихованні дітей, їх адаптації до умов соціального середовища, забезпечувати консультативну допомогу батькам, особам, які їх замінюють.

**Підхід індивідуальний** – individual approach (лат. individuus – неподільний) – принцип педагогіки, який здійснюється з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини у навчально-виховній діяльності; з узгодженням вимог, методів, форм і засобів виховання з особливостями індивіда.

**Підхід комплексний** – complex approach (лат. complexus – поєднання, зв'язок) – метод, у ході якого відбувається вивчення проблем клієнта на основі даних кількох наук.

**Поведінка** – behaviour – категорія для позначення сукупності дій і вчинків людини. Поведінка людини детермінується матеріальними умовами її життя, видом діяльності та істотно залежить від типу нервової системи, структури і спрямованості психіки.

**Поведінка віктимна** – victim behaviour – (лат. victima – жертва) – поведінка потенційної жертви насильства, яка провокує його вчинення.

**Права дитини** – child's rights – забезпечення дитині законом можливості мати і розпоряджатися матеріальними, культурними та іншими соціальними благами та цінностями, користуватися основними свободами у встановлених законом межах, що забезпечує дитині нормальне функціонування та розвиток. П. д. визначені Конвенцією ООН про права дитини, в якій проголошено, що діти мають право на особливе піклування і допомогу; для повноцінного і гармонійного розвитку повинні виховуватись у сімейному оточенні, атмосфері щастя, любові та розуміння. Державою створюються умови, які дозволяють існувати та розвиватися дитині як неповторній особистості, задовольняти свої життєві потреби та інтереси.

**Професійна адаптація** – система заходів, спрямованих на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреби активно і творчо працювати.

**Професійна орієнтація** – науково обґрунтована система форм, методів, засобів впливу на людину з особливими потребами для сприяння її професійному самовизначенню на основі врахування стану здоров'я, освітнього та професійно-кваліфікаційного рівнів, інтересів, здібностей, індивідуальних психофізіологічних особливостей.

**Професійна реабілітація** – система заходів, спрямованих на підготовку інваліда до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей і побажань інваліда.

**Професійне самовизначення** – процес самопізнання та об'єктивна оцінка особою власних індивідуальних особливостей, зіставлення своїх професійно важливих якостей і можливостей із вимогами, необхідними для оволодіння конкретною професією.

**Професійний відбір** – науково обґрунтована система визначення

ступеня придатності особи до конкретної професії, спеціальності (робочого місця, посади) відповідно до встановлених законодавством нормативних вимог.

**Профілактика** – prophylaxis, preventive measures (грец. prophylaktikos – запобіжний) – сукупність заходів, спрямованих на запобігання виникненню й поширенню чого-небудь, на збереження порядку тощо.

**Профілактика вторинна** – second prophylaxis, prevention – превентивна допомога та корекція. П. в. передбачає виявлення груп ризику, застосування до цих груп комплексу лікувальних та виховних заходів.

**Профілактика загальна** – universal prophylaxis – діяльність, що охоплює широкі верстви суспільства у цілому і спрямовується на подолання загальних, універсальних причин негативних явищ.

**Профілактика індивідуальна** – individual prophylaxis – профілактична робота, що проводиться з окремою особою і має на меті подолання специфічних для неї чинників.

**Профілактика педагогічна** – pedagogical prophylaxis – це формування конкретного морального почуття відповідальності. Це комплекс цілеспрямованих колективних та індивідуальних впливів на свідомість, почуття і волю учнів з метою вироблення імунітету до негативних впливів оточуючого середовища, попередження асоціальної спрямованості поведінки неповнолітніх, їхньої антигромадської поведінки і перебудови ставлення учнів до оточуючої дійсності у процесі перевиховання. Сутність профілактики полягає у розвитку почуття відповідальності підлітків за свою поведінку, яка сприяє глибокому усвідомленню не лише своїх прав, а й обов'язків.

**Психіка** – psyche, psychology (грец. psychikos – душевний) – існуюча у різних формах властивість високоорганізованих живих істот і продукт їх життєдіяльності, сутність якої полягає в активному відображенні суб'єктом об'єктивного світу, що забезпечує їх організацію у зовнішньому світі, активність і діяльність.

**Психічні відхилення в здоров'ї** – тимчасові чи постійні захворювання в психічному розвитку людини (порушення мови, пошкодження мозку, порушення розумового розвитку, затримка психічного розвитку, психопатії).

**Психічний розвиток** – становлення специфічних вищих людських психічних функцій у процесі життєдіяльності дитини.

**Психодіагностика** – ділянка психології, яка розробляє методи виявлення і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особи.

**Психодрама** – psychodrama (грец. drāma – дія, сценічний твір) – ігрова методика, що передбачає створення умов, за яких індивіди, виконуючи ролі, можуть творчо працювати над особистісними проблемами та конфліктами; П. – вид групової роботи, у процесі якої учасники по черзі є акторами або глядачами, ролі яких спрямовані на моделювання життєвих ситуацій, що обумовлюють особистісний зміст для акторів і учасників.

**Психологічна підтримка** – система соціально-психологічних, психологопедагогічних способів і методів допомоги людині з особливими потребами з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямування зусиль на реалізацію власної професійної кар'єри.

**Психологічна реабілітація** – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей людини з особливими потребами, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості.

**Психологічний клімат сім'ї** – family psychological climate – духовна атмосфера, що панує у сім'ї, стійкий емоційний настрій.

**Психолого-педагогічна реабілітація** – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки інвалідом своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи.

**Психолого-педагогічний супровід** – системна діяльність практичного психолога й корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних та психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню людини з особливими потребами, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.

**Психотерапія** – psychotherapy (грец. therapeia – лікування) – комплексний лікувальний вербальний і невербальний вплив на емоції, думки, самосвідомість людини при багатьох психічних, нервових і психосоматичних захворюваннях.

**Психотерапія педагогічна** – pedagogical psychotherapy – сфера психолого-педагогічної діяльності, спрямованої на профілактичний, корекційний та оздоровчий вплив на особистість.

**Реабілітація** – rehabilitation, vindication (лат. re – префікс, що означає зворотну або повторну дію, лат. habilitas – придатність, спроможність) – комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок змін стану здоров'я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації тощо, які супроводжуються стійкими розладами функцій організму (інвалідністю), захворюванням на алкоголізм, наркозалежністю, втраченою соціального статусу, роботи, житла, близьких людей і тяжкими переживаннями таких втрат, скоєнням злочинів тощо. Р. передбачає якнайшвидше та найбільш повне відновлення повноцінного функціонування і здатності особистості до активного буття; один з основних напрямів соціально-педагогічної діяльності. Види Р.: медична, психологічна, соціально-педагогічна, педагогічна, професійна. Рівні Р.: індивідуальний, груповий, суспільний.

**Реабілітація медична** – medical rehabilitation – повне чи часткове відновлення або компенсація порушеної чи втраченої функції, можливе уповільнення захворювання, підтримка фізичних сил особистості.

**Реабілітація психічна** – psychological rehabilitation – сукупність різнопланових медико-психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених психічних функцій і психічних станів у хворих чи інвалідів, які перенесли тяжке захворювання або психічну травму внаслідок втрати близької людини, зміни соціального статусу або умов життя тощо. Р. п. буде успішною в поєднанні з психопрофілактикою, психотерапією та іншими галузями медичної психології.

**Реабілітація соціальна** – social rehabilitation – процес і система заходів, спрямованих на усунення порушень і відновлення морального, психічного та фізичного стану дітей та молоді, їх соціальних функцій, приведення індивідуальної чи колективної поведінки у відповідність до загально визначених суспільних правил і норм.

**Реабілітаційна установа** – установа, підприємство, заклад, у т. ч. їхні відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

**Реабілітаційні заходи** – комплекс заходів, із допомогою яких здійснюється реабілітація інвалідів.

**Реабілітаційні послуги** – послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального

рівня життєдіяльності конкретної особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство.

**Реабілітація** (від латин. *rehabilitatio* – відновлення) – комплекс медичних, педагогічних, професійних, соціальних заходів, що спрямовані на відновлення (чи компенсацію) порушених фізіологічних і психічних функцій організму та працездатності інвалідів, а також осіб, які постраждали під час соціальних потрясінь (природні лиха, війни тощо).

**Ресоціалізація** – *resocialization* (лат. *re* – префікс, що означає зворотну або повторну дію, лат. *socialis* – товариський, громадський) – 1) відновлення в особистості якостей, необхідних для нормальної життєдіяльності у суспільстві; 2) засвоєння нових цінностей, ролей, навичок замість попередніх, які недостатньо засвоєні або застаріли; 3) стосовно осіб девіантної поведінки – комплекс заходів, спрямований на відновлення соціального статусу особистості, втрачених чи несформованих соціальних навичок, переорієнтацію соціальних та референтних орієнтацій девіантів за рахунок включення їх у нові, позитивно орієнтовані відносини та види діяльності.

**Роль** – *role* (лат. *rotulus* – паперовий згорток; франц. *rôle* – список, перелік) – 1) набір норм, які визначають способи та правила поведінки людей, що мають ту чи іншу соціальну позицію “Я-функції”; 2) соціально нормований спосіб поведінки людини залежно від її статусу або позиції в суспільстві.

**Роль соціальна** – *social role* – сукупність вимог, котрі застосовуються суспільством до осіб, які займають визначені соціальні позиції, тобто, функції, які повинна виконувати людина з певним соціальним статусом. Ці вимоги (роздавання, побажання й очікування відповідної поведінки) втілюються у конкретних соціальних нормах.

**Самоконтроль** – *self-control* – процес свідомого, вольового управління своєю поведінкою та діяльністю відповідно до ціннісних орієнтацій.

**Самообслуговування** – *self-service* – система знань, умінь і навичок, що дозволяють людині самостійно підтримувати себе й особисті речі у стані, який відповідає прийнятним санітарно-гігієнічним і побутовим нормам.

**Самооцінка** – *self-judgement* – судження людини про міру наявності у неї тих чи інших якостей, властивостей у співвідношенні їх з певним еталоном, зразком, вияв оціночного ставлення людини до себе. Самооцінка може бути завищеною, заниженою і об’єктивною.

**Саморегуляція** – autoregulation – здатність людини керувати собою на основі сприймання й усвідомлення актів своєї діяльності й поведінки та власних психічних станів.

**Саморефлексія** – self-reflection – усвідомлений процес розуміння та оцінки людиною свого психічного стану та поведінки.

**Самостійність** – independence – здатність покладатися на власні сили, не звертатися без потреби за допомогою до інших, діяти незалежно й ініціативно.

**Сегрегація** – segregation (лат. segregatio – відокремлення) – 1) розподіл людей в суспільстві на певні категорії за відмінностями у соціальних статусах, расовій належності тощо; 2) відокремлення чи ізоляція групи людей шляхом соціальних санкцій, законів, тиску однопілітків або персональної переваги. Закріплюється в соціальних нормах, поведінкових стереотипах у вигляді одягу, знаків розрізнення, традицій та ритуалів. Основою С. є такі ознаки: стать, вік, етнічна належність, належність до певних соціальних груп чи каст.

**Середовище** – surroundings, environment – сукупність умов, що оточують людину і взаємодіють з нею як з організмом і особистістю.

**Середовище бар'єрне** – surroundings barrier (франц. barrière – застава, перепона) – середовище, яке непристосоване для вільного пересування людей з функціональними обмеженнями через медичні, вікові та інші причини.

**Середовище соціальне** – social surroundings – сукупність соціальних умов життєдіяльності людини (сфери суспільного життя, соціальні інституції, соціальні групи), що впливають на її свідомість і поведінку. Виділяють мікро- та макрорівень такого середовища. До макрорівня належить матеріальне, культурне, політичне середовище. Мікрорівень – це умови безпосереднього оточення людини (сім'я, сусідство, вулиця, навчальний та трудовий колектив, громадські організації, формальні та неформальні об'єднання тощо).

**Середовище соціально-виховне** – social educational surroundings – ознака соціального середовища чи сукупність умов життєдіяльності особистості, що цілеспрямовано впливають на її свідомість і поведінку з метою формування певних якостей, переконань, духовно-ціннісних орієнтацій та потреб.

**Симптом** – symptom (грец. symp̄tōma – збіг обставин, ознака) – 1) характерний вияв хворобливого стану організму, який характеризується наявністю невизначених ознак хвороби; 2) зовнішня ознака певного явища.

**Синдром** – syndrome (франц. syndrome < грец. syndromē – той, що разом біжить) – закономірне сполучення ознак (симптомів) певного явища (хворобливого стану організму), об'єднаних спільним механізмом виникнення і розвитку та характерних для даного захворювання

**Сім'я** – family – мала соціальна група, створена на основі офіційного чи громадського шлюбу або кровній спорідненості, члени якої (чоловік та жінка, їх діти (власні або усиновлені), інші особи пов'язані родинними зв'язками з подружжям, кровні родичі) об'єднані спільним проживанням і веденням домашнього господарства, виконанням сімейних функцій, емоційними зв'язками та взаємними юридичними й моральними зобов'язаннями стосовно один одного, родинними традиціями.

**Сім'я дисфункціональна** – disfunction family – сім'я, яка у силу тих чи інших причин повністю або частково втратила свої виховні можливості, внаслідок чого складаються несприятливі умови для виховання дитини.

**Складні відхилення в здоров'ї** – поєднують у собі фізичні та психічні відхилення (дитячий церебральний параліч тощо).

**Складні життєві обставини** – complicated life situation – ситуація чи обставини, які об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самостійно (інвалідність, самотність, сирітство, безпритульність, зневажливе ставлення і негативні стосунки у сім'ї, малозабезпеченість, стихійне лихо тощо).

**Соціальна адаптація** – пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості в соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

**Соціальна допомога** – система заходів, спрямованих на повернення інваліда до активного життя та праці, відновлення соціального статусу та формування в людини з особливими потребами якостей, установок щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового й матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до нормальної життєдіяльності.

**Соціальна підтримка** – система заходів із надання допомоги окремим категоріям громадян, які тимчасово опинилися у важкому

становищі, шляхом надання їм необхідної інформації, фінансових засобів, навчання, правозахисту, запровадження пільг тощо.

**Соціальна профілактика** – комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок стану здоров'я зі стійкими розладами функцій організму; зміни соціального статусу.

**Соціальна реабілітація** – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення людини з особливими потребами до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

**Соціальне обслуговування** – діяльність соціальних служб із соціальної підтримки; надання соціально-побутових, соціально-медичних, психолого-педагогічних, соціально-правових послуг і матеріальної допомоги, проведення соціальної адаптації і реабілітації громадян, які знаходяться у важкій життєвій ситуації.

**Соціальний супровід** (соціальне супроводження) – social attendance – вид соціальної діяльності, що є формою соціальної підтримки та передбачає впродовж певного (іноді досить тривалого) терміну надання конкретній особі чи сім'ї комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг соціальним працівником, а також, у разі потреби, спільно з іншими фахівцями (психологами, педагогами, юристами, медичними працівниками тощо) з різних установ та організацій. Мета С. с. поліпшення життєвої ситуації, подолання труднощів, мінімізація негативних наслідків чи навіть повне розв'язання проблем шляхом здійснення соціальної опіки, допомоги, патронажу отримувача (отримувачів) послуг (соціально незахищених категорій дітей і молоді та ін.) для підвищення їх соціального статусу.

**Спостереження** – observation – один з основних методів емпіричного дослідження; полягає у систематичному, цілеспрямованому сприйманні та фіксації соціальних об'єктів, явищ з метою вивчення їх у певних умовах життєдіяльності особистості.

**Стереотип** – stereotype (грец. stereos – твердий; грец. typos – відбиток, зразок, форма) – відносно стійке уявлення про соціальне явище, соціальний статус або об'єкт (конкретного індивіда, групу).

**Стигматизація** – stigmatization (грец. stigma – тавро, пляма) – дискредитація через приписування соціально негативних рис, принизливих характеристик, які спричиняють негативні переживання.

**Терапія ігрова** – game therapy – метод корекції емоційних та поведінкових розладів шляхом залучення до різноманітних ігрових ситуацій (вільних та/або керованих). Це – 1) форма психотерапії, що використовується для полегшення спілкування клієнтів; 2) спосіб допомоги дітям з порушеннями в емоційному, інтелектуальному і фізичному розвитку. Виділяють п'ять напрямів: Т. і. психоаналізу, Т. і. реагування, Т. і. побудови відносин, недирективна Т. і. та Т. і. в умовах школи.

**Терапія індивідуальна** – individual therapy – надання соціально-психологічної допомоги індивідам, сім'ям у розв'язанні їх проблем шляхом взаємодії з ними.

**Терапія музична** – music therapy – метод використання музики для корекції поведінки людини. Терапія поведінки або модифікація поведінки – behaviour therapy or behaviour modification – цілеспрямована зміна поведінки людини за допомогою різноманітних методів, що базуються на теорії навчання.

**Терапія сімейна** – family therapy – діяльність профілактичного, лікувального, реабілітаційного характеру, спрямована на корекцію міжособистісних стосунків між членами сім'ї (подружжям, батьками та дітьми) з метою діагностики порушень життєдіяльності сім'ї, подолання сімейних конфліктів і кризових ситуацій, врегулювання подружніх стосунків, стосунків між усіма членами сім'ї, нормального функціонування сім'ї, психологічного коригування нервово-психічних розладів, суїцидів, реабілітації хворих на алкоголізм. У процесі Т. с. робота спеціаліста та клієнтів у першу чергу спрямовується на пошук та усунення причини емоційних розладів у сім'ї.

**Терапія словом (логотерапія)** – logotherapy (грец. logos – слово, вчення) – спосіб аналізу ситуацій і метод консультування з метою допомогти людині знайти сенс і мету життя, подолати сумніви та відчай. При цьому особливе місце належить формуванню уявлень про майбутнє.

**Терапія соціальна** – social therapy – 1) система соціально-психологічних методів та прийомів впливу на індивідуальну, групову та масову поведінку з метою її соціальної адаптації; 2) діяльність соціальних служб, які полегшують взаємини індивіда із соціальним середовищем і допомагають йому долати соціальні проблеми, конфлікти; 3) допомога на емоційному, когнітивному чи поведінковому рівнях у визнанні й розв'язанні клієнтом власних поточних труднощів.

**Терапія трудова** (працетерапія, терапія зайнятості) – work therapy (busy therapy) – метод реабілітації, який використовується для професійного відновлення, перекваліфікації або набуття нової професії; зайнятості хворих, побутової реабілітації або як одна із форм працевлаштування.

**Тестування** – testing – метод психологічної діагностики, провідним організаційним моментом якого є застосування стандартизованих запитань та завдань, що мають певну шкалу значень. Тестовий метод дає змогу з певною мірою точності встановити актуальний рівень розвитку в індивіда необхідних навичок, знань, особистісних характеристик тощо.

**Толерантність** – tolerance (лат. tolerans (tolerantis) – терплячий) – 1) здатність визнати особистісну цінність інших; 2) терпимість, поблажливість до чужої думки, віри, поведінки; 3) спроможність організму витримувати несприятливий вплив того або іншого фактора чи середовища. Суттєвий принцип роботи з групами ризику. Синонім: терпимість.

**Тренінг** – training (англ. train – тренувати, навчати, готувати) – вид групової роботи, яка ґрунтується на використанні активних методів формування нових навичок, самопізнання і саморозвитку; інтенсивне навчання з практичною спрямованістю.

**Тренінг соціально-психологічний** – social psychological training – вид інтенсивного навчання з практичним спрямуванням; різновид психологічного тренінгу, орієнтований на використання сукупності активних методів групової взаємодії з метою розвитку компетентності особистості та вдосконалення групових стосунків у спілкуванні.

**Трудова реабілітація** – система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей інваліда та спрямованих на оволодіння трудовими навичками; забезпечення трудової діяльності й адаптацію у виробничих умовах, у т. ч. шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць.

**Упередження** – prejudice – 1) думка про особу, групу чи явище, що формується без доказів чи систематичного підтвердження; 2) установка особистості, яка негативно впливає на адекватне сприймання іншої людини, її дій, одержаної інформації тощо. У. має характер стереотипу. Може виникати внаслідок здійснення поспішних і необґрунтованих висновків або некритичного прийняття особистістю стандартизованих суджень, що існують у певній соціальній групі.

**Усунення обмежень життєдіяльності** – система заходів, спрямованих на створення умов для досягнення або відновлення конкретною особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності та забезпечення її законодавчо визначених прав.

**Фактор** – factor (лат. factor – той, що робить < facio – роблю) – причина, чинник, рушійна сила, умова якого-небудь явища, процесу, що визначає його окремі риси чи характер загалом.

**Фізкультурно-спортивна реабілітація** – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я інваліда та спрямованих на відновлення й компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей організму для поліпшення фізичного та психологічного стану.

**Фізична реабілітація** – система заходів, спрямованих на вироблення й застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування та реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення людини з особливими потребами, виявляють і розвивають резервні та компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними й іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

**Фізичні відхилення в здоров'ї** – тимчасові чи постійні відхилення в розвитку або функціонуванні органів людини; хронічні травматичні захворювання; інфекційні захворювання.

**Функціональні обмеження** – functional limitation (нім. funktional < лат. functio – виконання) – вроджений чи набутий недолік фізичних або розумових здібностей людини, який перешкоджає їй самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого та (або) соціального життя. Вживають також і інші назви – інвалідність, неповносправність, обмежені можливості.

**Функція** – function (лат. functio – виконання) – обов'язок, коло діяльності, призначення, роль; явище, яке залежить від іншого і зазнає змін із зміною цього іншого.

**Центр навчально-реабілітаційний** – educational-rehabilitation centre – заклад освіти, який забезпечує умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психічного розвитку. У ньому здійснюється комплексна медична, психологічна та педагогічна реабілітація хворої дитини.

**Центр соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями** – limited functions children and youth social psychological rehabilitation centre – заклад денного перебування для дітей та молоді з функціональними обмеженнями віком від 7 до 35 років, мета діяльності якого – відновлення та підтримка їхнього фізичного та психічного стану, адаптація та інтеграція у суспільство.

**Центр реабілітації** – спеціалізована багатопрофільна установа, яка реалізує систему заходів із відтворення або компенсації втрачених функцій людини та налічує не менше п'яти навчально-реабілітаційних груп.

**Якість життя** – life quality – комплексна інтегральна характеристика становища людини у різних соціальних системах і структурах, яка відображає ступінь її соціальної свободи, можливості всебічного розвитку, реалізації здібностей і життєвих планів; сукупність та якість матеріальних, соціальних, культурних і духовних цінностей, якими послуговується людина, задовольняючи свої потреби і реалізуючи інтереси.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамов В. И. Международная защита прав ребенка / В. И. Абрамов // Международное публичное и частное право. — 2006. — № 3. — С. 30-34.
2. Авер'янова Г. М. Теоретико-методологічні проблеми соціалізації особистості / Г. М. Авер'янова, В. В. Москаленко // Психологія: зб. наук, праць. — К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2002. — Випуск 17. — С. 3-7.
3. Айви А. Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники. Практическое руководство / А. Е. Айви, М. Б. Айви, Л. Саймен-Даунинг. — М.: Пресс, 2000. — 487 с.
4. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л. И. Акатов. — М.: Владос, 2003. — 368 с.
5. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г. А. Балл // Вопросы психологии. — 1989. — №1. — С. 92-100.
6. Баркер Р. Словарь социальной работы / Р. Баркер; [сокр. пер. с англ.]. — М.: Ин-т соц. работы, 1994. — 134 с.
7. Бахтеева Т. В Україні постійно зростає кількість інвалідів [Електронний ресурс] / Т. Бахтеева // «BNBnews», 2012. — Режим доступу: [http://bnbnews.com.ua/news/community/\\_v\\_ukraini\\_postiyno\\_zrostaie\\_kilkist\\_invalidiv\\_bahteeva\\_2913/](http://bnbnews.com.ua/news/community/_v_ukraini_postiyno_zrostaie_kilkist_invalidiv_bahteeva_2913/)
8. Белобрыкина О. А. Диагностика развития самосознания в детском возрасте / О. А. Белобрыкина — СПб.: Речь, 2006. — 320 с.
9. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. — М.: Прогресс, 1986. — 422 с.
10. Борщевська Л. В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Борщевська Л. В., Зіброва А. В., Іванова І. Б. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999. — 79 с.
11. Боришевський М. Й. Психологічні механізми розвитку особистості / М. Й. Боришевський // Педагогіка і психологія. — 1996. — №3. — С. 26-33.
12. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика личности / Л. Ф. Бурлачук. — К.: Здоровье, 1989. — 168 с.
13. Варга А. Я. Психологическая коррекция взаимоотношений детей и родителей / А. Я. Варга, В. А. Смехов // Вестник МГУ. Серия 14. Психология — 1986. — № 4. — С. 22-32.
14. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учеб. пособ. / И. В. Вачков. — М.: Ось-89, 1999. — 176с.
15. Весна Е. Б. Социализация и индивидуализация: Закономерности и механизмы / Весна Е. Б. — Акад. пед. и социал. наук, Моск. психол. - социал. инт. — Петропавловск-Камчатский: Изд-во Камч. гос. пед. ин-та, 1997. — 200 с.
16. Вовчик-Блакитна О. О. Психологічні особливості переживання підлітками життєвих ситуацій / О. О. Вовчик-Блакитна, О. М. Гарнець // Психологія: Республіканський науково-методичний збірник. — Київ, 1990. — Вип. 36. — С. 16-21.
17. Выготский Л. С. Принципы воспитания физически дефективных детей / Л. С. Выготский // Проблемы дефектологии. — М.: Просвещение, 1995. — С. 41-53.
18. Выготский Л. С. Проблема возрастной периодизации детского развития / Л. С. Выготский // Вопросы психологии. — 1972. — № 2. — С. 114-123.

19. Выготский Л. С. Детская психология / [ред. Д. Б. Эльконина] : Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 4 — 432 с.
20. Выготский Л. С. Проблемы развития психики / [ред. Матюшкина А. М.] : Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. — М., 1991. — Т. 3.— 320 с.
21. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии / Выготский Л. С. — СПб.: СОЮЗ, 1997. — 224 с.
22. Герасименко О. А. Особый ребенок: исследования и опыт помощи / О. А. Герасименко Р. П., Дименштейн. — М., 2000. — 121 с.
23. Голованова Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка: [учеб. пособие для студентов высших учебных заведений] / Голованова Н. Ф. — СПб.: Речь, 2004. — 272 с.
24. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: [монографія] / Ярослав Гошовський. — Дрогобич: Коло, 2008. — 480 с.
25. Грабська І. А. Вивчення образу тіла в контексті психосоматичної проблеми / І. А. Грабська // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / [ред. С. Д. Максименка]. — К.: Гнозис, 2002. — Т.4. — Ч. 5. — С 76-80.
26. Грачев Л. К. Программы социально-реабилитационной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Л. К. Грачев. — М.: Прогресс, 1992. — 192 с.
27. Декларація прав дитини: Проголошена Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1959 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995\\_384](http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_384)
28. Дементьева Н. Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Дементьева Н. Ф., Багаева Г. Н., Исаева Т. А. — М: Институт социальной работы, 1996. — 209 с.
29. Діти державної опіки: проблеми, розвиток, підтримка: навчально-методичний посібник; [у 2-х кн.]. — К.: Міленіум, 2005. — 286 с.
30. Живолуп Л. В. Тренінг розвитку толерантності у підлітків / Автор-укладач Л. В. Живолуп. — Кременчук, 2008. — 33 с.
31. Забезпечення прав дітей в Україні. Охорона материнства та дитинства : Матеріали парлам. слухань у Верхов. Раді України, 7 черв. 2005 р. / Верхов. Рада України. Ком. з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства. — К.: Парлам. вид-во, 2005. — 158 с.
32. Збірник нормативно-правових актів у сфері захисту прав дітей / Представництво дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні [та ін.; редкол. та упоряд.: Довженко В. І. та ін.]. — К.: Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2003. — 412 с.
33. Зверева І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні: теорія і практика / Зверева І. Д. — К.: Правда Ярославичів, 1998. — 333 с.
34. Зимівець Н. В. Модуль «Твоє життя — твій вибір»: навч.- метод. посібник / Н. В. Зимівець, З. А. Сивогракова, Н. О. Лещук. — К.: Навчальна книга, 2002. — 190 с.
35. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні / [упоряд. С. Л. Харченко, М. С. Кратінов, Л. Ц. Ваховський та ін.]. — Луганськ: Альма-матер, 2005. — 408 с.
36. Калижнюк Э. С. Роль личностных реакций в патологии формирования характера при детских церебральных параличах: клинико-психологическое исследование / Э. С. Калижнюк, Ю. С. Шевченко // Невропатология и психиатрия. — 1985. — № 3. — С. 416-421.

37. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э. С. Калижнюк. — К.: Головное издательство издательского объединения «Вища школа», 1987. — С. 156-163.

38. Козлова Е. В. Психологические особенности социализации на разных этапах детства: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Елена Валерьевна Козлова. — М. — 1998. — 150 с.

39. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод: Ратифікована Законом № 475/97-ВР від 17 липня 1997 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995\\_004](http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_004).

40. Конвенція про права дитини та законодавство України: роз'яснення, коментарі / [сост. Копиленко О. Л., Сусол О. К., Хомін Л. В. та інред. Копиленко О. Л.]. — К. : ДІНІТ, 2002. — 200 с. — (Майбутнє нашим дітям).

41. Конвенція про права дитини: Ухвалена ГА ООН від 20 листопада 1989 р. Набула чинності для України 27 вересня 1991 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995\\_021](http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_021).

42. Куценко Г. В. Схема тіла у формуванні образу світу / Г. В. Куценко // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук, праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / [ред. С. Д. Максименка]. — К.: Гнозис, 2002. — Т.5. — 4.4. — С. 140-142.

43. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособ. [для студ. сред. пед. учеб. заведений] / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. — М.: Изд. центр «Академия», 2001. — 192 с.

44. Логинова Е. Т. Оценка возможностей социализации детей с интеллектуальной и сенсорной недостаточностью: [учеб. пособ.] / Е. Т. Логинова. — Псков: ПОИПКРО, 2001. — 40 с.

45. Мдивани М. О. Исследование структуры физического образа Я у школьников: дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Мдивани Марина Отаровна. — М., 1991. — 106 с.

46. Методичні рекомендації по проведенню тренінг-курсу для підлітків з питань просвітницької роботи щодо здорового способу життя. — К.: Навчальна книга, 2002. — 47 с.

47. Москаленко В. В. Економічна соціалізація особистості. / В. В. Москаленко // Соціальна психологія: [підруч.]. — Київ. Центр навчальної літери, 2005. — С. 284-315.

48. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів і перспектива та пріоритети / О. Мостіпан // Соціальний захист. — 2002. — № 11. — С. 13-16.

49. Мудрик А. В. Социальная педагогика: учеб. [для студ. пед. вузов] ; под. ред. В. А. Сластенина / А. В. Мудрик. — [3-е изд., испр. и доп. ]. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 200 с.

50. Обухова Л. Ф. Феномен эгоцентризма у подростков-инвалидов /

Л. Ф. Обухова // Вопросы психологии. — 2001. — №3. — С. 40- 48.

51. Основи правового захисту дітей-інвалідів / [упоряд.: І. В. Шумлянський, С. В. Єфремов, В. І. Хоміюк та ін.]. — Рівне, 2002. — 170 с.

52. Панов А. М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей / А. М. Панов // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. — М.: Геликон, 1997. — 237 с.

53. Права дітей з особливими потребами: посібник-довідник / [Копиленко О. Л., Сусол О. К., Хомік Л. В. та ін.]. — К. : РННЦ «ДНІТ», 2002. — 250 с. — (Майбутнє нашим дітям).
54. Права дітей та молоді : посіб.-довід. нормат.-правових док. / [Копиленко О. Л., Сусол О. К., Хомік Л. В. та ін.]. — К. : Освітньо-видавничий департамент РННЦ «ДНІТ», 2002. — 300 с. — (Майбутнє нашим дітям).
55. Права дитини: від витоків до сьогодення : збірник текстів, методичних та інформаційних матеріалів / [авт.-упоряд. Г. М. Лактіонова]. — К. : Либідь, 2002. — 228 с.
56. Представництво інтересів соціально-вразливих дітей та сімей / [ред. Т. В. Семигіної]. — К.: Четверта хвиля, 2004. — 216 с.
57. Про охорону дитинства: Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-III // Відомості Верховної Ради України. — 2001. — № 30. — ст. 142.
58. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України від 21 березня 1991 р. № 875-XII : зб. прав. док. — К: Сфера, 1998.
59. Романова О. Л. Психологическое изучение механизмов формирования личности больных детским церебральным параличом / О. Л. Романова // Нарушения поведения у детей и подростков. — М.: Медицина, 1982. — С. 101-107.
60. Романова О. Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / О. Л. Романова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1988. — Вып. 9. — С. 109–114.
61. Сербова О. В. Соціалізуючий потенціал сім'ї як чинник економічної соціалізації дітей з обмеженими фізичними можливостями / О. В. Сербова // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / [ред. кол.: С. Д. Максименко (гол. ред.) та ін.]. — Т. XIV, ч. 4. — К., 2012. — С. 215–222.
62. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями: навч.-метод. посіб. для соц. працівн. і соц. педагог. / [ред. А. Й. Капська]. — К.: ДЦССМ, 2003. — 168 с.
63. Соціально-психологічний захист дітей-інвалідів та молодих інвалідів / [упор. Н. Є. Бенюх]. — Донецьк: Сталкер, 1997. — 68 с.
64. Соціальний захист населення України : навч. посіб. / [упоряд. В. М. Вакулєнко та ін.]. — К. : Вид-во НАДУ; Вид-во “Фенікс”, 2010. — 212 с.
65. Ставицький О. О. Психологія гандикапізму / Олег Олексійович Ставицький. — Рівне, 2011. — 376 с.
66. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов // Права інвалідів в Україні. Збірник правових документів. — К.: Сфера, 1998. — С. 54-84.
67. Типовые правила создания равных возможностей для инвалидов / [пер. с англ. В. Штенгелов]. — К.: Сфера, 1999. — 54с.
68. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК «Психология», 2004. — 192 с.
69. Ткачева В. В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии: автореф. на соискание наук. степени докт. психол. наук : спец. 19.00.10 «Коррекционная психология» / В. В. Ткачева. — Моск. гос. открытый пед. ун-т им. М. А. Шолохова. — Н. Новгород, 2005. — 46 с.

70. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Дефектология. — 1998. — № 4. — С. 3-9.
71. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи детям с отклонениями в развитии / Ткачева В. В. — Издательство: АСТ, Астрель, 2007. — 320 с.
72. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта / Е. Б. Фанталова. — Самара: Бахрах-М., 2001. — 128 с.
73. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з інвалідністю / А. Г. Шевцов. — К.: Здоров'я, 2004. — 240 с.
74. Шипицына Л. М. Навстречу друг другу: пути интеграции / Л. М. Шипицына, К. Райсвейк. — СПб.: Питер, 1998. — 130 с.
75. Шипицына Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына. — М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2004. — 144 с.
76. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. — [2-е изд., перераб. и дополн.]. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.
77. Юлдашева О. Н. Семья как ведущий субъект социализации ребенка с ограниченными физическими возможностями / О. Н. Юлдашева // Социальная работа в регионе: Состояние, проблемы и перспективы: сб. мат. Докладов Всерос. науч.-практ. конф. / БашГУ. — Уфа: РИЦ БашГУ, 2009. — С. 161-166.
78. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами / Е. Р. Ярская-Смирнова, Э. К. Наберушкина. — СПб.: Питер, 2004. — 316 с.
79. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: [навч. посібник] / Т. С. Яценко. — К.: Либідь, 1996. — 246 с.
80. Яценко Т. С. Психологічні викривлення у контексті цілісного розуміння психіки / Т. С. Яценко, Б. Б. Іваненко, Т. В. Горобець, Н. В. Дмитерко // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. — К., 2004. — Т. 6. — Вип. 7. — С. 376-384.

<b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> <b>Наказ</b> <b>Міністерства соціальної</b> <b>політики України</b> <b>09.08.2016 № 855</b>	
	<b>Зареєстровано в</b> <b>Міністерстві</b> <b>юстиції України</b> <b>01 вересня 2016 р.</b> <b>за № 1209/29339</b>

## **ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ**

### **про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю**

#### **I. Загальні положення**

1. Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю (далі - Установа) - реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, які досягли повноліття, та/або дітей з інвалідністю, та/або дітей віком до двох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (далі - Особа), засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу.

2. Установа забезпечує тимчасове перебування та/або перебування в стаціонарному режимі Осіб на безоплатній основі.

{Пункт 2 розділу I із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерство соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

3. На підставі цього Типового положення Установа розробляє своє положення, що затверджується засновником.

4. Установа розміщується на територіях із спеціально побудованими або пристосованими приміщеннями, що повинні відповідати державним будівельним нормам і правилам, санітарним нормам і правилам, протипожежним вимогам, техніці безпеки, мати всі види комунального благоустрою.

5. Установа у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України, постановами Верховної Ради України, актами Кабінету Міністрів України, іншими актами законодавства України та цим Типовим положенням.

## **II. Завдання Установи**

### **1. Установа забезпечує:**

виконання норм і положень, визначених Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, Законами України „Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”, „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” та іншими актами законодавства щодо забезпечення прав Осіб на реабілітацію (абілітацію) з метою їхньої подальшої інтеграції у суспільство;

створення умов для зменшення та подолання фізичних, та/або психічних, та/або інтелектуальних, та/або сенсорних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок;

створення умов для запобігання та недопущення дискримінації Осіб, зокрема шляхом забезпечення розумного пристосування;

проведення (надання) комплексу заходів (послуг) з ранньої, та/або соціальної, та/або психологічної, та/або фізичної, та/або медичної, та/або психолого-педагогічної, та/або фізкультурно-спортивної, та/або професійної, та/або трудової реабілітації (абілітації) відповідно до потреб Особи. Реабілітаційні заходи (послуги) проводяться (надаються) виключно на підставі індивідуальних планів реабілітації Осіб, складених, зокрема, з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації, із залученням до участі в цьому процесі Осіб і (за потреби) їхніх батьків або законних представників;

розвиток навичок автономного проживання Осіб в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточення;

підготовку батьків або законних представників Осіб до продовження (в разі потреби) реабілітаційних заходів поза межами Установи;

проведення заходів (надання послуг), зокрема з професійної орієнтації, опанування Особами трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей для подальшого професійного навчання та/або майбутньої трудової діяльності;

оперативне коригування (за потреби) індивідуальних програм реабілітації Осіб у частині зміни обсягів, строків і черговості проведення реабілітаційних заходів;

сприяння у встановленні опіки чи піклування у разі визнання Особи, яка має інтелектуальні порушення, недієздатною або якщо її дієздатність обмежена;

співпрацю з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами, організаціями та громадськими об'єднаннями.

{Пункт 1 розділу II в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

2. Установа в разі потреби та в межах фінансових можливостей забезпечує на безоплатній основі транспортним обслуговуванням (в межах адміністративно-територіальної одиниці, на якій вона розташована) Осіб, які проходять реабілітацію в Установі, зокрема перевезення від транспортних вузлів до місця розташування Установи та/або до місця їхнього проживання/перебування.

{Пункт 2 розділу II із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

3. Установа забезпечує на безоплатній основі відповідно до законодавства харчуванням Осіб, які проходять реабілітацію в Установі.

### **III. Структура Установи**

1. Структурними підрозділами Установи можуть бути:

- 1) адміністрація;
- 2) відділення ранньої реабілітації (абілітації);
- 3) відділення соціальної реабілітації (абілітації);
- 4) відділення психологічної реабілітації;
- 5) відділення психолого-педагогічної реабілітації;
- 6) відділення фізичної реабілітації;
- 7) відділення фізкультурно-спортивної реабілітації;
- 8) відділення професійної реабілітації;
- 9) відділення трудової реабілітації / працетерапії (трудова майстерні);
- 10) відділення медичної реабілітації або медичного спостереження;
- 11) відділення тимчасового цілодобового перебування;
- 12) відділення стаціонарного перебування;

- 13) відділ господарського забезпечення;
- 14) служба соціального патронажу;
- 15) інші структурні підрозділи, діяльність яких пов'язана з реабілітацією (абілітацією).

{Пункт 1 розділу III в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

2. Робота структурних підрозділів Установи забезпечується відповідно до положень про ці підрозділи, що затверджуються наказом директора Установи.

{Пункт 2 розділу III із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

3. З метою своєчасного та ефективного проведення комплексу реабілітаційних заходів для Осіб в Установі утворюються приймальна та реабілітаційна комісії, склад яких і положення про які затверджуються директором Установи.

4. З метою проведення моніторингу стану дотримання прав Осіб в Установі може утворюватися громадська рада, склад якої та положення про яку затверджуються директором Установи.

#### **IV. Умови зарахування до Установи та організація реабілітаційного процесу**

1. Направлення та зарахування Осіб до Установи проводяться відповідно до законодавства.

{Пункт 1 розділу IV в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

2. До Установи не зараховуються Особи, стан здоров'я яких унеможливує проведення реабілітаційних заходів, а саме з такими медичними протипоказаннями:

- гострі інфекційні захворювання до закінчення строку ізоляції;
- усі захворювання в гострій стадії та заразній формі;
- часті судомні напади та їх еквіваленти;

захворювання, що супроводжуються тяжкими порушеннями поведінки, небезпечними для людини та її оточення (за умови несупроводження особи з інвалідністю її батьками або законними представниками).

3. Строк реабілітаційного процесу визначається реабілітаційною комісією після проведення відповідного обстеження Особи.

4. Учасниками реабілітаційного процесу можуть бути Особи, їхні батьки або законні представники, вчителі-реабілітологи, вчителі-

логопеди, асистенти вчителів-реабілітологів, практичні психологи, соціальні педагоги, лікарі-педіатри, лікарі-терапевти, лікарі-неврологи, лікарі з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, фахівці з фізичної реабілітації, соціальні працівники, соціальні робітники, інструктори з трудової адаптації, викладачі з трудового навчання, музичні керівники, вчителі інформатики та обчислювальної техніки, медичні сестри та інші спеціалісти, які беруть участь у процесі надання реабілітаційних послуг.

5. Реабілітаційний процес може спрямовуватися на:

{Абзац перший пункту 5 розділу IV із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

формування та розвиток в Особи основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до їхніх потреб, соціально-побутове влаштування та обслуговування, педагогічну корекцію з метою вироблення та підтримання навичок самостійного (автономного) проживання, стереотипів безпечної поведінки;

опанування навичок захисту своїх прав та інтересів, самоаналізу і позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення самостійного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою, денного догляду, соціального супроводу, денною зайнятістю тощо;

{Абзац третій пункту 5 розділу IV із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

надання Особі своєчасної та ефективної корекційної, соціальної, психологічної допомоги та організацію реабілітаційного процесу відповідно до особливостей її психофізичного розвитку.

6. Розклад, черговість і тривалість індивідуальних і групових занять визначаються реабілітаційною комісією.

7. Установою може визначатися та затверджуватися мережа груп, наповнюваність яких проводиться відповідно до завдань, умов та особливостей її діяльності.

{Пункт 7 розділу IV в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 355 від 14.03.2018}

## **V. Управління Установою**

1. Установу очолює директор, який призначається на посаду та звільняється із займаної посади засновником Установи у визначеному законодавством порядку.

2. Директор Установи:

представляє Установу в організаціях, установах, на підприємствах незалежно від форми власності, розпоряджається в установленому законодавством порядку майном і коштами Установи;

укладає договори;

у межах своєї компетенції видає накази, затверджує функціональні обов'язки працівників, приймає на роботу та звільняє з роботи працівників Установи, застосовує заходи заохочення та дисциплінарні стягнення;

здійснює контроль за реабілітаційним процесом;

затверджує правила внутрішнього розпорядку, у тому числі трудового;

зживає заходів із запобігання та недопущення дискримінації стосовно дотримання прав та законних інтересів Осіб;

здійснює заходи щодо поліпшення умов праці, дотримання правил техніки безпеки, санітарно-гігієнічних умов і пожежної безпеки тощо;

відповідає за ведення бухгалтерського та статистичного обліку, складання звітності та подання її в установлені строки відповідним органам.

## **VI. Фінансово-господарська діяльність**

1. Установа є юридичною особою, має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в органах Державної казначейської служби, печатку та штамп зі своїм найменуванням.

2. Фінансово-господарська діяльність Установи проводиться відповідно до кошторису та штатного розпису, затверджених в установленому порядку.

3. Установа має право в порядку, передбаченому законодавством, утворювати (за наявності відповідних умов) структурні підрозділи, в тому числі госпрозрахункові, зокрема підсобні господарства, трудові майстерні, дільниці, філії, відділення, комплекси, що проводять свою діяльність відповідно до положень про ці підрозділи, затверджених директором Установи.

4. Установа має право:  
фінансувати за рахунок власних коштів заходи, що сприяють поліпшенню соціально-побутових умов для Осіб;  
укладати договори про співробітництво.
5. Фінансове забезпечення Установи проводиться відповідно до законодавства.

<b>Директор Департаменту соціального захисту інвалідів</b>	<b>О. Полякова</b>
--	--------------------

### Методика «Доріжки»

#### Інструкція.

На малюнку — доріжки з круглих камінчиків, кожна з яких веде до деякої людини. Перша доріжка веде до точно такого (ої) ж хлопчика (дівчинки), як ти. Де б ти стояв (ла) на цій доріжці? Наступна доріжка веде до твоєї мами. Де ти на цій доріжці?» І т.д.

<b>Я</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Мама</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Тато</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Сестра</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Брат</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Бабуся</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Дідусь</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Друг</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>(хлопчик чи дівчинка)</b>							
<b>Вчитель</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Вихователь</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Я</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Мама</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Тато</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Сестра</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Брат</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Бабуся</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Дідусь</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Друг</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>(хлопчик чи дівчинка)</b>							
<b>Вчитель</b>	•	•	•	•	•	•	•
<b>Вихователь</b>	•	•	•	•	•	•	•

## Методика «Портрети»

### Інструкція.

1. Будь ласка, виклади з цих карток «портрет» найкращої дитини. Якою вона повинна бути, в твоєму розумінні, в першу чергу? Якою потім?» І так далі.

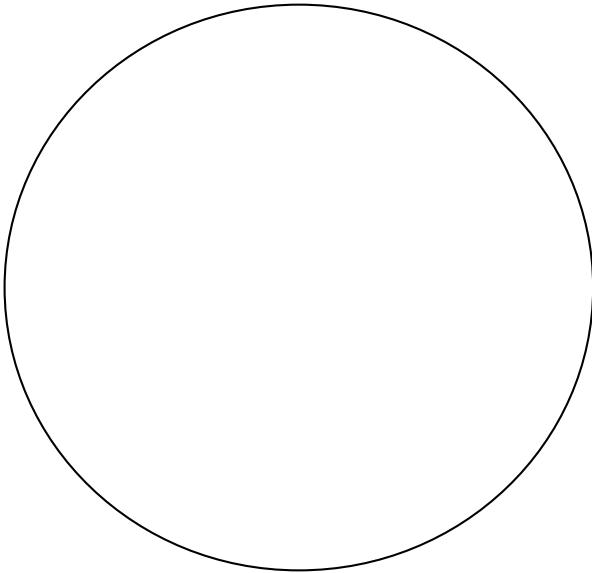
2. А зараз з цих же карток виклади свій «портрет» — яким ти буваєш найчастіше... яким рідко ».

Ш	Якості	РП	d	dl
	ПРАЦЕЛЮБНИЙ			
	ТОВАРИСЬКИЙ			
	ЩЕДРИЙ			
	АКУРАТНИЙ			
	СМІЛИВИЙ			
	РОЗУМНИЙ			
	ТЕРПЕЛИВИЙ			
	САМОСТІЙНИЙ			
	УПЕВНЕНИЙ В СОБІ			
	РІШУЧІЙ			
Σ (сума)				

<b>ПРАЦЕЛЮБНИЙ</b>	<b>ТОВАРИСЬКИЙ</b>
<b>ЩЕДРИЙ</b>	<b>АКУРАТНИЙ</b>
<b>РОЗУМНИЙ</b>	<b>СМІЛИВИЙ</b>
<b>УПЕВНЕНИЙ В СОБІ</b>	<b>ТЕРПЕЛИВИЙ</b>
<b>РІШУЧІЙ</b>	<b>САМОСТІЙНИЙ</b>

## Методика «Круг»

**Інструкція.** Постав усередині круга значок „Я" (або хрестик).



## Методика «САРТ»

**Інструкція:** перед вами малюнки тіла людини (вид спереду та збоку). Необхідно замалювати виділені на фігурах частини тіла запропонованими кольорами наступним чином:

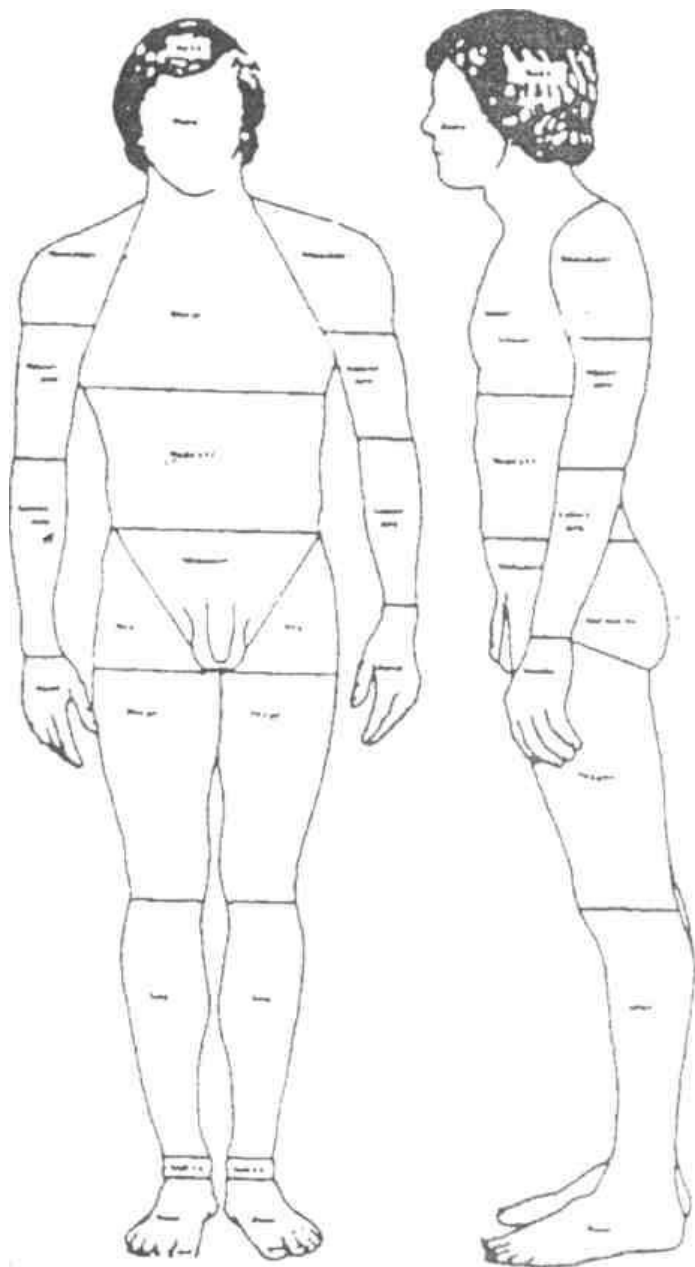
**ЧЕРВОНИЙ** - частина тіла мене дуже не задовольняє.

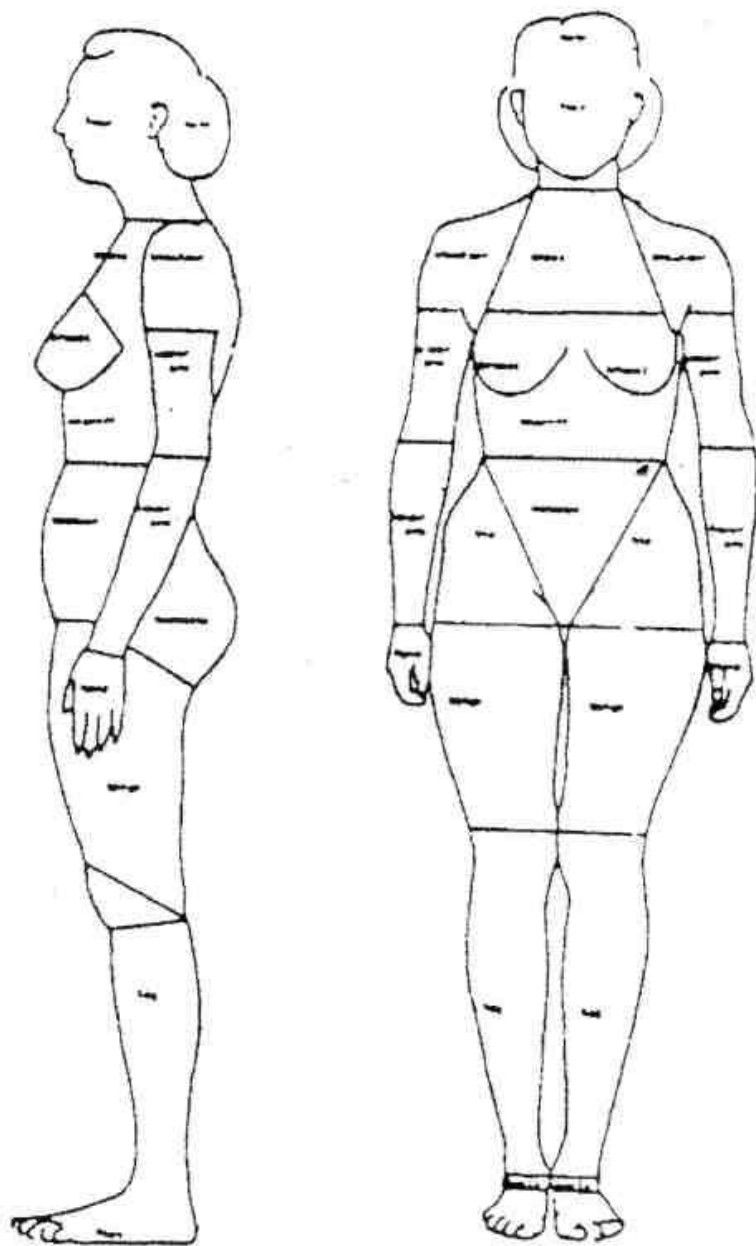
**ЖОВТИЙ** - частина тіла мене не задовольняє.

**ЧОРНИЙ** - нейтрально ставлюся до цієї частини тіла.

**ЗЕЛЕНИЙ** - частина тіла мене задовольняє.

**СИНІЙ** - частина тіла мене дуже задовольняє.





## Бланк шкал Спілбергера

**Інструкція до першої групи думок про самопочуття.** Прочитайте (прослухайте) уважно кожне з приведених нижче речення і закресліть (позначте) відповідну для вас цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте *в даний момент*. Цифри означають: «1» — ні, це зовсім не так; «2» — мабуть, так «3» — вірно; «4» — цілком вірно. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

		ні, це зовсім не так	мабуть, так	вірно	цілком вірно
1.	Ви спокійні	1	2	3	4
2.	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Ви напружені	1	2	3	4
4.	Ви відчуваєте жаль	1	2	3	4
5.	Ви почуваєте себе вільно	1	2	3	4
6.	Ви засмучені	1	2	3	4
7.	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Ви почуваєте себе відпочивши	1	2	3	4
9.	Ви стривожені	1	2	3	4
10.	Ви відчуваєте внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Ви упевнені в собі	1	2	3	4
12.	Ви нервуєте	1	2	3	4
13.	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14.	Ви напружені	1	2	3	4
15.	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16.	Ви задоволені	1	2	3	4
17.	Ви стурбовані	1	2	3	4
18.	Ви дуже збуджені і вам ніяково	1	2	3	4
19.	Вам радісно	1	2	3	4
20.	Вам приємно	1	2	3	4

**Інструкція до другої групи думок про самопочуття.** Прочитайте (прослухайте) уважно кожне з приведених нижче речення і закресліть (позначте) відповідну для вас цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте *заввичай*.

Цифри справа означають: «1» — майже ніколи; «2» — іноді; «3» — часто; «4» - майже завжди.

		майже ніколи	іноді	часто	майже завжди
1.	Ви задоволені	1	2	3	4
2.	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3.	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4.	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5.	Буває, що ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6.	Ви відчуваєте себе бадьорою людиною	1	2	3	4
7.	Ви спокійні, холоднокровні і зібрані	1	2	3	4
8.	Очікування труднощів дуже турбує вас	1	2	3	4
9.	Ви дуже переживаєте через дурниці	1	2	3	4
10.	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11.	Ви приймаєте все дуже близько до серця	1	2	3	4
12.	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13.	Ви почуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14.	Ви прагнете уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15.	У вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16.	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17.	Всякі дурниці відволікають і хвилюють вас	1	2	3	4
18.	Ви так сильно вчуваєте свої розчарування що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19.	Ви урівноважена людина	1	2	3	4
20.	Вас охоплює сильний неспокій коли ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

## Методика «Чарівна паличка»

**Організація.** Дитині дають чарівну паличку і пропонують загадати будь-яке бажання.

**Інструкція.** «Ця чарівна паличка може виконати будь-які твої бажання. Попроси у неї те, що ти дуже хочеш, і скажи про це вголос».

№ п/п	Бажання	Категорія бажання		
		<i>Процесуальний характер бажань</i> а) творчі; б) руйнівні.	<i>Предмет бажань</i> а) пізнавальні б) перетворюючі в) комунікативні г) речовинні д) матеріальні	<i>Спрямованість бажань</i> а) особисті б) соціальні в) опосередковані

## Методика «Який ти?»

### Інструкція.

Зараз я назву тобі декілька слів, послухай їх уважно і вибери одне слово, яке, на твою думку більше всього підходить тобі.

**Найкращий. Хороший. Такий же, як всі діти. Поганий. Гірший за всіх. Коли як: іноді хороший, іноді поганий. Не знаю.**

Варіанти дитячих відповідей	Емоційний знак	Бал
Найкращий. Хороший. Дуже хороший	Позитивна	4
Такий же, як всі діти	Нейтральна(невизначена)	3
Коли як: іноді хороший, іноді поганий	Амбівалентна (суперечлива)	2
Не знаю. Ніякий	Індиферентна (байдужа)	1
Гірший за всіх. Поганий. Найгірший	Негативна	0

## Методика «Яка ти?»

### Інструкція.

Зараз я назву тобі декілька слів, послухай їх уважно і вибери одне слово, яке, на твою думку більше всього підходить тобі.

**Найкраща. Хороша. Така ж, як всі діти. Погана. Гірша за всіх. Коли як: іноді хороша, іноді погана. Не знаю.**

Варіанти дитячих відповідей	Емоційний знак	Бал
Найкращий. Хороший. Дуже хороший	Позитивна	4
Такий же, як всі діти	Нейтральна(невизначена)	3
Коли як: іноді хороший, іноді поганий	Амбівалентна (суперечлива)	2
Не знаю. Ніякий	Індиферентна (байдужа)	1
Гірший за всіх. Поганий. Найгірший	Негативна	0

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Хто оцінює (потрібне підкреслити):

батько, мати, вихователь, вчитель (вказіть, будь ласка, своє ім'я і по батькові) \_\_\_\_\_

Дата заповнення \_\_\_\_\_

**Інструкція.** «Переконливо просимо, виконати завдання обдумано і відповідально, використовувати тільки запропоновані Вашій увазі якості і характеристики і не допускати виправлень.

Перед Вами десять якостей:

**ПРАЦЕЛЮБНИЙ, ТОВАРИСЬКИЙ, ЩЕДРИЙ, АКУРАТНИЙ, СМІЛИВИЙ, РОЗУМНИЙ, ТЕРПЕЛИВИЙ, САМОСТІЙНИЙ, УПЕВНЕНИЙ В СОБІ, РІШУЧІЙ.**

Вам необхідно розташувати ці якості в такому порядку, в якому вони, на Ваш погляд, за значущістю (1 — найбільш значуще; 10 — найменше значуще) повинні бути виражені у самої кращої (ідеальної) дитини. Поряд з кожною цифрою впишіть по одній якості з представленого списку.

- |    |     |
|----|-----|
| 1. | 6.  |
| 2. | 7.  |
| 3. | 8.  |
| 4. | 9.  |
| 5. | 10. |

Дякуємо Вам за участь в анкетуванні!»

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Хто оцінює (потрібне підкреслити):

батько, мати, вихователь, вчитель (вкажіть, будь ласка, своє ім'я і по батькові) \_\_\_\_\_

Дата заповнення \_\_\_\_\_

### **Інструкція.**

Перед Вами десять якостей:

**ПРАЦЕЛЮБНИЙ, ТОВАРИСЬКИЙ, ЩЕДРИЙ, АКУРАТНИЙ, СМІЛИВИЙ, РОЗУМНИЙ, ТЕРПЕЛИВИЙ, САМОСТІЙНИЙ, УПЕВНЕНИЙ В СОБІ, РІШУЧІЙ.**

Розташуєте, будь ласка, ці якості в такому порядку, в якому вони, на Ваш погляд, представлені у Вашої (даної) дитини (1 — найчастіше виявляється, 10 — найменш виражена, практично не властива дитині якість). Поряд з кожною цифрою впишіть по одній якості з представленого списку.

- |    |     |
|----|-----|
| 1. | 6.  |
| 2. | 7.  |
| 3. | 8.  |
| 4. | 9.  |
| 5. | 10. |

Дякуємо Вам за участь в анкетуванні!»

## Інструкція:

«Будь ласка, уважно прочитайте приведені нижче твердження і в бланку відповідей обведіть тільки ті номери тверджень, з якими Ви повністю згодні. *Виправляти і дописувати текст не можна.*»

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.
2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, про що думає моя дитина.
3. Я поважаю свою дитину.
4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.
5. Потрібно якнайдовше тримати дитину подалі від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
6. Я відчуваю до дитини почуття прихильності.
7. Гарні батьки захищають дитину від труднощів життя.
8. Моя дитина часто неприємна мені.
9. Я завжди прагну допомогти своїй дитині.
10. Бувають випадки, коли знущальне ставлення до дитини приносить їй велику користь.
11. Стосовно своєї дитини я часто відчуваю досаду.
12. Моя дитина нічого не доб'ється в житті.
13. Мені здається, що інші діти глузують з моєї дитини.
14. Моя дитина часто робить такі вчинки, що заслуговують на осуд.
15. Для свого віку моя дитина трішки незріла.
16. Моя дитина спеціально поводиться погано, щоб досадити мені.
17. Моя дитина, як губка, усмоктує в себе все найгірше.
18. Мою дитину важко навчити хорошим манерам при всьому старанні.
19. Дитину з дитинства варто тримати в жорстких рамках, тільки тоді з неї виросте гарна людина.
20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.
21. Я переймаюся своєю дитиною.
22. До моєї дитини постійно «липне» все погане.
23. Моя дитина не досягне успіху в житті.
24. Коли в компанії говорять про дітей, мені іноді стає соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як інші.

25. Я жалію свою дитину.
26. Коли я порівнюю свою дитину з її однолітками, то вони здаються мені дорослішими і в поведінці, і по думках.
27. Я охоче проводжу з дитиною свій вільний час.
28. Я часто шкодую про те, що моя дитина росте і дорослішає, і з ніжністю згадую той час, коли вона була ще зовсім маленькою.
29. Я часто замічаю за собою, що ставлюся до дитини вороже.
30. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла того, що особисто мені не вдалося в житті.
31. Батьки повинні пристосовуватися до дитини, а не тільки вимагати цього від неї.
32. Я намагаюся виконувати всі прохання моєї дитини.
33. При прийнятті рішень в родині варто враховувати думку дитини.
34. Я дуже цікавлюся життям своєї дитини.
35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права.
36. Діти рано починають розуміти те, що батьки можуть помилятися.
37. Я завжди зважаю на думку дитини.
38. Я відчуваю дружні почуття стосовно дитини.
39. Основна причина капризів моєї дитини — це егоїзм, лінощі і впертість.
40. Якщо проводити відпустку з дитиною, то неможливо нормально відпочити.
41. Найголовніше - щоб у дитини було спокійне, безтурботне дитинство.
42. Іноді мені здається, що моя дитина не здатна ні на що хороше.
43. Я поділяю захоплення моєї дитини.
44. Моя дитина може вивести з себе кого завгодно.
45. Я розумію засмучення своєї дитини.
46. Моя дитина часто дратує мене.
47. Виховання дитини — це суцільні нерви.
48. Суворе дисципліна в дитинстві розвиває сильний характер.
49. Я не довіряю своїй дитині.
50. За суворе виховання діти потім дякують своїм батькам.
51. Іноді мені здається, що я ненавиджу свою дитину.
52. У моїй дитині більше недоліків, чим достоїнств.
53. Я поділяю інтереси своєї дитини.

54. Моя дитина не в змозі зробити щось самостійно, а якщо вона це робить, то обов'язково щось виходить не так.
55. Моя дитина виростає непристосованою до життя.
56. Моя дитина подобається мені такою, яка вона є.
57. Я ретельно стежу за станом здоров'я моєї дитини.
58. Нерідко я захоплююся своєю дитиною.
59. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
60. Я невисокої думки про здібності моєї дитини і не приховую цього від неї.

Бажано, щоб дитина дружила з тими дітьми, які подобаються її батькам.

## Бланк для заповнення

П. І. дитини \_\_\_\_\_

Хто відповідає: мати, батько (потрібне підкреслити).

### Інструкція.

«Обведіть кружком тільки ті номери тверджень, з якими Ви повністю згодні».

3 4 8	1 6 9	5 7	2	11 13 17
10 12 14 15 16 18	21	25	19	22 28
20 23 24 26 27 29	31 33 34 35 36	30 32		
37 38 39		41	48	54
40 42 43 44 45 46 47 49		58	50 57 59	61
51 52 53 55 56				
60				
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Хто оцінює (потрібне підкреслити):

батько, мати, вихователь, вчитель (вказіть, будь ласка, своє ім'я і по батькові) \_\_\_\_\_

**Інструкція.** «Будь ласка, обведіть або зробіть позначку поряд з одним словом з приведеного нижче списку, яке, на Ваш погляд, найточніше характеризує дитину:

ХОРОША

НАЙКРАЩА

ТАКА Ж, ЯК ВСІ ДІТИ

НІЯКА

ПОГАНА

ГІРША ЗА ВСІХ

КОЛИ ЯК (залежно від обставин підходить кожна з представлених характеристик)

НЕ ЗНАЮ (ВАЖКО ВІДПОВІСТИ).

## Анкета

*Вам пропонується відповісти на ряд питань. Постарайтеся висловити свої думки якнайточніше. Форма відповідей на питання наводиться безпосередньо в анкеті. Позначте, будь ласка, той варіант відповіді, який найточніше виражає Вашу точку зору. Дякуємо Вам за згоду взяти участь в дослідженні.*

<i>Вкажіть будь ласка, деякі дані про себе</i>		
Вік _____	Стать _____	чол. _____ жін. _____
Освіта та її профіль	<input type="checkbox"/> середня <input type="checkbox"/> середня технічна <input type="checkbox"/> в/вища <input type="checkbox"/> вища	<input type="checkbox"/> технічна <input type="checkbox"/> культура, мистецтво <input type="checkbox"/> гуманітарна <input type="checkbox"/> природничі науки
Профіль діяльності _____		

1. Чи достатньо, на Ваш погляд, освітлюють проблеми інвалідів з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями в засобах масової інформації?

	Так	Ні	Не знаю
Дорослих	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дітей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Їх батьків	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. З яких джерел Ви дізнаєтеся про інвалідів з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями?

Телебачення	<input type="checkbox"/>
Радіо	<input type="checkbox"/>
Газети, журнали	<input type="checkbox"/>
Популярна література	<input type="checkbox"/>
Наукова література	<input type="checkbox"/>
Педагоги, вихователі	<input type="checkbox"/>
Ішні джерела	_____

3. Чи є, на вашу думку, в Україні закони, що захищають права інвалідів?

- Так
- Немає
- Не знаю

1. Як особисто Ви ставитеся до інвалідів з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями?

Позитивно	Негативно	Байдуже
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Які позитивні риси особистості Ви можете відзначити у інвалідів з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями?

Доброзичливість	<input type="checkbox"/>
Завзятість в досягненні мети	<input type="checkbox"/>
Працездатність	<input type="checkbox"/>
Терпіння	<input type="checkbox"/>

Ваш варіант \_\_\_\_\_

6. Які негативні риси особистості Ви можете відзначити у інвалідів з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями?

Заздрісність	<input type="checkbox"/>
Недовіра до людей	<input type="checkbox"/>
Недостатність ініціативи	<input type="checkbox"/>
Надмірне відчуття жалості до себе	<input type="checkbox"/>
Утриманство	<input type="checkbox"/>

Ваш варіант \_\_\_\_\_

7. Як ви віднеслися б до того, що людина з обмеженими фізичними можливостями виявилася вашим:

	Позитивно	Негативно	Байдуже
Сусідом по будинку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сусідом по квартирі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Родичем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колегою по роботі (навчанню)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Підлеглим	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Товаришем по навчанню вашої дитини	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. У якій школі краще всього навчатися дітям - інвалідам з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями?

- Спеціальній школі
- Спеціальному класі масової школи
- Школі індивідуального навчання
- Вдома

9. Чи можуть інваліди з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями мати які-небудь дарування?

- Так
- Ні
- Не знаю

10. Які відчуття у Вас викликають інваліди з вираженими фізичними і сенсомоторними порушеннями, які відвідують музеї, театри, концерти або займаються самодіяльною творчістю?

- Особлива повага
- Велика повага
- Деяка повага
- Ніяких відчуттів

11. Які відчуття у Вас викликають інваліди з фізичними і сенсомоторними порушеннями, які беруть активну участь у веденні домашнього господарства і самі себе обслуговують?

- Особлива повага
- Велика повага
- Деяка повага
- Ніяких відчуттів

12. Уявіть, що Ви займаєтеся самодіяльною художньою творчістю і Вам запропонували взяти участь в концерті разом з інвалідами з фізичними і сенсомоторними порушеннями. Як би Ви поступили?

- Звичайно, погодився б
- Напевно, погодився б
- Мабуть, відмовився б
- Категорично відмовився б

13. Чи потрібні інвалідам з фізичними і сенсомоторними порушеннями пільги?

	Так	Ні	Не знаю
При прийомі на роботу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У транспорті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Їх батькам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пенсія по інвалідності	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Чи потрібна державна програма працевлаштування інвалідам з фізичними і сенсомоторними порушеннями, створення для них робочих місць?

- Так
- Ні
- Не знаю

## Картка

психологічної абілітації дитини з порушеннями  
психофізичного розвитку раннього віку (0-1 р.)

Прізвище, ім'я, по-батькові дитини \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Хронологічний вік \_\_\_\_\_

Дата обстеження: \_\_\_\_\_ Форма перебування \_\_\_\_\_

**Короткий анамнез:**

Особливості протікання вагітності та пологів \_\_\_\_\_

Ранній період розвитку \_\_\_\_\_

Діагноз: Основне порушення \_\_\_\_\_

Супутні захворювання \_\_\_\_\_

Ускладнення \_\_\_\_\_

Допомога до прибуття в Центр \_\_\_\_\_

Мікросоціальне оточення дитини: \_\_\_\_\_

Сон \_\_\_\_\_ Переважаючий емоційний стан \_\_\_\_\_

**Обстеження :****Оцінка віку розвитку (ВР):**

Календарний вік \_\_\_\_\_

**Дані оцінки віку розвитку:**

Моторика(М) \_\_\_\_\_

Сенсорна діяльність (Д) \_\_\_\_\_

Емоційно-соціальний розвиток(ЕС) \_\_\_\_\_

Мовлення (М) \_\_\_\_\_

**Загальний психічний вік(ВР) =**

**міс.**

**Спостереження:**

- за грою \_\_\_\_\_

- за поведінкою \_\_\_\_\_

- за спілкуванням \_\_\_\_\_

- за діяльністю під час занять \_\_\_\_\_

## Показники нервово - психічного розвитку:

Розвиток сприймання:

Рівень розвитку \_\_\_\_\_  
*Орієнтовно-пізнавальна діяльність*

Рівень розвитку \_\_\_\_\_  
*Предметно-практична діяльність*

Рівень розвитку \_\_\_\_\_  
*Розвиток уваги*

Рівень розвитку \_\_\_\_\_  
*Емоційно-вольові особливості*

Рівень розвитку \_\_\_\_\_  
**Висновок обстеження**

## Програма абілітації:

Тематика, методи	Кількість	Періоди ч ність	Відмітки про виконан ня
Індивідуальні заняття			
Групові заняття			

### Динаміка змін. Аналіз та оцінка результатів абілітації.

	Місяці реабілітаційного процесу.									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Моторика(М)										
Сенсорна діяльність (Д)										
Емоційно-соціальний розвиток(ЕС)										
Мовлення (М)										

Умовні позначки:

- Значні позитивні зміни:  (зелений)  
Достатні позитивні зміни:  (блакитний)  
Незначні позитивні зміни:  (жовтий)  
Немає позитивних змін:  (оранжевий)  
Негативні зміни:  (червоний)

**Контрольна оцінка віку розвитку (ВР):**

Календарний вік \_\_\_\_\_

Дані оцінки віку розвитку:

Календарний вік – 0-1р.

Моторика(М) \_\_\_\_\_

Сенсорна діяльність (Д) \_\_\_\_\_

Емоційно-соціальний розвиток(ЕС) \_\_\_\_\_

Мовлення (М) \_\_\_\_\_

Календарний вік – 1-3 р.

Моторика(М) \_\_\_\_\_

Уміння(У) \_\_\_\_\_

Навички(Н) \_\_\_\_\_

Образотворча діяльність(О) \_\_\_\_\_

Емоційно-соціальний розвиток(ЕС) \_\_\_\_\_

Мовлення (М) \_\_\_\_\_

**Загальний психічний вік(ВР) =**

**міс.**

Практичний психолог \_\_\_\_\_

**Картка**  
**психологічної абілітації дитини з порушеннями психофізи-**  
**чного розвитку раннього віку (1-3 роки.)**

**Прізвище, ім'я, по-батькові дитини** \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Хронологічний вік \_\_\_\_\_

Дата обстеження: \_\_\_\_\_ Форма перебування \_\_\_\_\_

**Короткий анамнез:**

Особливості протікання вагітності та пологів \_\_\_\_\_

Ранній період розвитку \_\_\_\_\_

Діагноз: Основне порушення \_\_\_\_\_

Супутні захворювання \_\_\_\_\_ Ускладнення \_\_\_\_\_

Допомога до прибуття в Центр \_\_\_\_\_

Мікросоціальне оточення дитини: \_\_\_\_\_

Сон \_\_\_\_\_ Переважаючий емоційний стан \_\_\_\_\_

**Обстеження :**

**Оцінка віку розвитку (ВР):**

Календарний вік \_\_\_\_\_

Дані оцінки віку розвитку

Моторика(М) \_\_\_\_\_

Уміння(У) \_\_\_\_\_

Навички(Н) \_\_\_\_\_

Образотворча діяльність(О) \_\_\_\_\_

Емоційно-соціальний розвиток(ЕС) \_\_\_\_\_

Мовлення (М) \_\_\_\_\_

<b>Загальний психічний вік(ВР) =</b>	<b>міс.</b>
--------------------------------------	-------------

**Спостереження:**

- за грою \_\_\_\_\_

- за поведінкою \_\_\_\_\_

- за спілкуванням \_\_\_\_\_

- за діяльністю під час занять \_\_\_\_\_

**Показники нервово - психічного розвитку:**

**Обстеження :**

Реакція на факт обстеження \_\_\_\_\_

Розуміння інструкції \_\_\_\_\_

Інтереси дитини \_\_\_\_\_

Конструювання \_\_\_\_\_

Сприймання \_\_\_\_\_

-кольору \_\_\_\_\_

- форми \_\_\_\_\_

- розміру \_\_\_\_\_

Побутові навички \_\_\_\_\_

Загальна моторика \_\_\_\_\_

Дрібна моторика \_\_\_\_\_

Розвиток пам'яті \_\_\_\_\_

Словниковий запас \_\_\_\_\_

Особливості спілкування \_\_\_\_\_

Навички гри \_\_\_\_\_

**Висновок обстеження**

---

---

---

---

---

**Програма абілітації:**

Тематика, методи	Кількість	Періоди чність	Відмітки про виконання
Індивідуальні заняття			
Групові заняття			

**Динаміка змін. Аналіз та оцінка результатів абілітації.**

	Місяці реабілітаційного процесу.									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Моторика(М)										
Уміння(У)										
Навички(Н)										
Образотворча діяльність(О)										
Емоційно-соціальний розвиток(ЕС)										
Мовлення (М)										

*Умовні позначки:*

- Значні позитивні зміни:  (зелений)  
 Достатні позитивні зміни:  (блакитний)  
 Незначні позитивні зміни:  (жовтий)  
 Немає позитивних змін:  (оранжевий)  
 Негативні зміни:  (червоний)

***Контрольна оцінка віку розвитку (ВР):***

Календарний вік \_\_\_\_\_

Дані оцінки віку розвитку

Моторика(М) \_\_\_\_\_

Уміння(У) \_\_\_\_\_

Навички(Н) \_\_\_\_\_

Образотворча діяльність(О) \_\_\_\_\_

Емоційно-соціальний розвиток(ЕС) \_\_\_\_\_

Мовлення (М) \_\_\_\_\_

<b><i>Загальний психічний вік(ВР) =</i></b>	<b><i>міс.</i></b>
---	--------------------

Практичний психолог \_\_\_\_\_

**Картка**  
**психологічної абілітації дитини з порушеннями**  
**психофізичного розвитку**  
**( від 4 років )**

**Прізвище, ім'я, по-батькові дитини** \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Хронологічний вік \_\_\_\_\_

Дата обстеження: \_\_\_\_\_ Форма перебування \_\_\_\_\_

**Короткий анамнез:**

Особливості протікання вагітності та пологів \_\_\_\_\_

Ранній період розвитку \_\_\_\_\_

Діагноз: Основне порушення \_\_\_\_\_

Супутні захворювання \_\_\_\_\_ Ускладнення \_\_\_\_\_

Допомога до прибуття в Центр \_\_\_\_\_

Мікросоціальне оточення дитини (особливості взаємостосунків; як оцінюють поведінку дитини вдома, в Центрі; які відзначають особливості характеру мама, тато, дідусь і бабуся, брат чи (та) сестра):

**Обстеження :**

Реакція на факт обстеження \_\_\_\_\_

Розуміння інструкції \_\_\_\_\_

Інтереси дитини \_\_\_\_\_

Аналіз продуктів діяльності дитини (зошити, малюнки та ін.)

Загальна моторика \_\_\_\_\_

Дрібна моторика \_\_\_\_\_

Розуміння мови \_\_\_\_\_

**Спостереження:**

- за грою \_\_\_\_\_

- за поведінкою \_\_\_\_\_

- за спілкуванням \_\_\_\_\_

- за діяльністю під час занять \_\_\_\_\_

**Тестування пізнавальних процесів:**

*сприймання:*

- кольору \_\_\_\_\_
- форми \_\_\_\_\_
- розміру \_\_\_\_\_
- просторових відношень та уявлень \_\_\_\_\_
- часові уявлення \_\_\_\_\_
- уявлення про себе, своїх близьких, частини тіла \_\_\_\_\_
- кількісні уявлення \_\_\_\_\_

*уваги:*

- об'єм \_\_\_\_\_
- концентрація \_\_\_\_\_
- переключення \_\_\_\_\_

*пам'яті:*

- зорова \_\_\_\_\_
- слухова \_\_\_\_\_
- комбінована \_\_\_\_\_
- короткочасна \_\_\_\_\_
- довготривала \_\_\_\_\_
- опосередковане запам'ятовування \_\_\_\_\_

*мислення:*

- встановлення послідовності подій \_\_\_\_\_
- узагальнення \_\_\_\_\_
- виключення зайвого \_\_\_\_\_
- класифікація \_\_\_\_\_

*інтелект*

- тест Стенфорда – Біне \_\_\_\_\_
- тест Стадненко \_\_\_\_\_
- матриці Равена \_\_\_\_\_

**Тестування індивідуальних особливостей:**

*анкетування :*

- імпульсивність \_\_\_\_\_
- агресивність \_\_\_\_\_
- тривожність \_\_\_\_\_
- тип темпераменту \_\_\_\_\_

*проективні методики* \_\_\_\_\_

### Особливості емоційно-вольової сфери:

- спостереження \_\_\_\_\_
  - анкетування \_\_\_\_\_
  - проєктивні методики \_\_\_\_\_
- Взаємостосунки в сім'ї \_\_\_\_\_
- Висновок обстеження** \_\_\_\_\_
- 
- 

### Програма абілітації:

Тематика, методи	Кількість	Періодичність	Відмітки про виконання
Індивідуальні заняття			
Групові заняття			

### Динаміка змін. Аналіз та оцінка результатів абілітації.

	Місяці реабілітаційного процесу									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Пізнавальний інтерес										
Розвиток пізнавальних процесів										
Стабілізація емоційно-вольової сфери, поведінкових реакцій										
Розвиток комунікативних функцій										
Соціальна адаптація										
Безпека										
Сімейний мікроклімат										
Емоційне здоров'я										

#### Умовні позначки:

- Значні позитивні зміни:  (зелений)
  - Достатні позитивні зміни:  (блакитний)
  - Незначні позитивні зміни:  (жовтий)
  - Немає позитивних змін:  (оранжевий)
  - Негативні зміни:  (червоний)
- Практичний психолог \_\_\_\_\_

**КАРТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ**  
**Повідомлення про дитину та її оточення**

Дата початку програми \_\_\_\_\_

**1.1 Дитина**

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Хронологічний вік \_\_\_\_\_

Основний діагноз \_\_\_\_\_

Супутні сталі захворювання та відхилення \_\_\_\_\_

Які дитячі установи відвідує (відвідувала) дитина \_\_\_\_\_

Домашня адреса \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**1.2. Сімейне оточення дитини**

Мати:

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце роботи, посада \_\_\_\_\_

Додаткові відомості \_\_\_\_\_

Батько:

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце роботи, посада \_\_\_\_\_

Додаткові відомості \_\_\_\_\_

Особа, що замінює батьків:

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце роботи, посада \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Додаткові відомості \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Інші члени сім'ї \_\_\_\_\_

### 1.3 .Соціальний статус сім'ї ( ссс )

Склад сім'ї (повна, неповна) \_\_\_\_\_

Чи має дитина окрему кімнату \_\_\_\_\_

Якою мовою спілкується сім'я \_\_\_\_\_

Хто з членів сім'ї та ближнього оточення має найбільш позитивний вплив на дитину \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.4 Які види реабілітації необхідні дитині

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.5 . Перелік проведених тестувань

№п/п	Характер тестування	Дата проведення	Хронологічний вік дитини
1	Первинне тестування		
2	Перше повне поглиблене тестування		
3	Повторні тестування		

Огляд лікаря

Дата: “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**АНАМНЕЗ:**

**Повідомлення про батьків:**

Професійна шкідливість \_\_\_\_\_

Хронічна соматична патологія \_\_\_\_\_

Спадковість \_\_\_\_\_

**Вагітність:**

Протікання вагітності \_\_\_\_\_

Захворювання під час вагітності \_\_\_\_\_

Прийом ліків \_\_\_\_\_

Вплив інших несприятливих факторів \_\_\_\_\_

**Пологи:**

Строк \_\_\_\_\_

Протікання пологів \_\_\_\_\_

Ускладнення \_\_\_\_\_

Стан дитини після народження

Апгар \_\_\_\_\_ Вага \_\_\_\_\_ Зріст \_\_\_\_\_ Об.

голови \_\_\_\_\_

Реанімаційні заходи \_\_\_\_\_

**Годування:**

Грудне (до якого віку) \_\_\_\_\_

Штучне \_\_\_\_\_

Особливості розвитку дитини \_\_\_\_\_

Алергічні реакції \_\_\_\_\_

Щеплення \_\_\_\_\_

Якими ортопедичними засобами користується \_\_\_\_\_

Судоми (були, ні, у якому віці, повторюються, як часто): \_\_\_\_\_

Приймає проти судомні препарати (постійно чи ні, які): \_\_\_\_\_

Хірургічні операції \_\_\_\_\_

Чи звертались Ви в інші установи за допомогою? \_\_\_\_\_

Скарги \_\_\_\_\_

**Об'єктивно:**

Загальний стан \_\_\_\_\_

Кожа та видимі слизові \_\_\_\_\_

Периферичні л/у \_\_\_\_\_

Серцево-судинна система \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ АТ \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_

Дихальна система \_\_\_\_\_

Система травлення \_\_\_\_\_

Сечовивідна система \_\_\_\_\_

**Неврологічний статус:**

Ознаки ураження ЦНС \_\_\_\_\_

Поведінка дитини \_\_\_\_\_

Міміка \_\_\_\_\_

Мова \_\_\_\_\_

Пам`ять \_\_\_\_\_

Форма та величина зрачків \_\_\_\_\_

Реакція на світло \_\_\_\_\_

Акомодація и конвергенція \_\_\_\_\_

Наявність ністагму його характер \_\_\_\_\_

Черепно-мозкові травми \_\_\_\_\_

**Рухова сфера:**

Хода: щадяща, паретична, на костиях \_\_\_\_\_

Вертебральні деформації \_\_\_\_\_

Парез м'язів \_\_\_\_\_

Сенсорні розлади \_\_\_\_\_

Координація рухів \_\_\_\_\_

Пальценосна проба \_\_\_\_\_

Коліно-п'яточна \_\_\_\_\_

Симптоми обтяження та хворобливості нервових стовбурів м'язів \_\_\_\_\_

Рефлекси нервових закінчень \_\_\_\_\_

Рефлекси нижніх кінцівок \_\_\_\_\_

Брюшні рефлекси \_\_\_\_\_

Оральні \_\_\_\_\_

Патологічні рефлекси \_\_\_\_\_

**Діагноз**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Лікар** \_\_\_\_\_

**ПРОГРАМА РОЗВИТКУ  
ДЛЯ НЕМОВЛЯТ ТА ДІТЕЙ МОЛОДШОГО  
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

<b>Сприйняття /тонка моторика</b>					
№ з/п	Рівні розвитку	Тестування			
		I ТЕСТУВАНН	II ТЕСТУВАНН	III ТЕСТУВАНН	IV ТЕСТУВАНН
<b>0-2 міс.</b>					
1.	Реагує на різну інтенсивність світла				
2.	На декілька секунд фокусується на обличчі та м'якому світлі				
3.	Стежить очима за об'єктом, який рухається вертикально чи горизонтально				
4.	Стежить за об'єктом, який рухається навкруги				
<b>3-5 міс.</b>					
5.	Інтеграція (зникнення) хапального рефлексу				
6.	Досягає об'єкта, який її приваблює				
7.	Повертає голову, слідкуючи за предметом, який рухається				
8.	Грає пальцями, зводячи руки по середній лінії				
9.	Показує розуміння долонево-ліктьового захвату				
10.	Тягнеться та дістає кубик				
11.	Свідомо користується долонево-променевим захватом (використовує великий та два інших пальці)				
12.	Передає іграшку з однієї руки в іншу				
<b>6-8 міс.</b>					
13.	Витягує кілок із мозаїчної дошки				
14.	Загрібає чи захоплює родзинку та утримує її				

15.	Бере кубик (великий палець у повному протиставленні іншим)				
16.	Бере родзинку, використовуючи незрілий захват пінцетом				
<b>9-11 міс.</b>					
17.	Вказує одним вказівним пальцем				
18.	Кидає кубик свідомо				
19.	Використовує акуратний захват пінцетом для родзинки				
20.	Намагається імітувати каракулі(кольоровий олівець на папері)				
21.	Адаптовано тримає кольоровий олівець				
<b>12-15 міс.</b>					
22.	Перевертає товсту сторінку картонної книжки				
23.	Знімає кришку з маленької квадратної коробки				
24.	Ставить 1 чи 2 кілки у мозаїчну дошку				
25.	Будує вежу з двох кубиків				
26.	Спонтанно черкає олівцем (без демонстрації)				
27.	Опускає намистинку у маленьку пляшку				
<b>16-19 міс.</b>					
28.	Ставить шість кілків у дошку без допомоги.				
29.	Будує вежу з 3-х кубиків				
30.	Вставляє круглу форму у триформову дошку.				
31.	Імітує лінії кольоровими олівцями				
<b>20-23 міс.</b>					
32.	Вставляє 6 кілків у дошку за 35 сек.				
33.	Черкає вертикальні та кругові лінії після демонстрації				

34.	Збирає триформову дошку				
35.	Будує вежу з 6-ти кубиків				
36.	Тримає олівець пальцями				
37.	Намагається скласти аркуш паперу після показу				
<b>24-27 міс.</b>					
38.	Малює вертикальні та горизонтальні лінії після показу				
39.	Збирає перевернуту дошку з формами				
40.	Встановлює поряд два чи більше кубиків, зображаючи потяг без димової труби				
41.	Відкручує кришку на банці				
42.	Черкає круговими рухами				
<b>28-31 міс.</b>					
43.	Будує вежу з 8-ми кубиків				
44.	Встановлює поряд 3 кубики, зображаючи потяг із трубою				
45.	Імітує складання аркуша паперу				
<b>32-35 міс.</b>					
46.	Копіює вже намальоване коло				
47.	Ріже ножицями				
48.	Нанизує 5 намистинок діаметром 1,5 см				
<b>Розумовий розвиток</b>					
<b>0-2 міс.</b>					
49.	Більше використовує адаптовані рухи, ніж рефлекторні реакції				
50.	Несе руку до рота				
51.	Повторює окремі рухи				
<b>3-5 міс.</b>					
52.	Бере до рота іграшки				
53.	Трясе іграшкою				
54.	Дивиться на предмет, який тримає				

55.	Слідкує за м'ячем, який котиться, коли раптово його побачить				
<b>6-8 міс.</b>					
56.	Бачить, тягнеться та бере частково схований предмет				
57.	Дивиться на підлогу, коли щось падає				
58.	Відкриває обличчя				
59.	Стукає іграшкою				
60.	Перевертає пляшку, нахилену менш ніж на 180°, щоб пити				
61.	Імітує рухи рук, які вже знайомі дитині				
<b>9-11 міс.</b>					
62.	Знаходить повністю схований предмет				
63.	Тягне за мотузку, щоб дістати кільце, і досягає успіху				
64.	Показує, що знає, де знаходиться іграшка, яку сховали за екраном				
65.	Імітує міміку, але неточно				
66.	Не дуже точно імітує рухи, яких раніше ніколи не показувала				
67.	Повертає пляшку, нахилену на 180°, щоб пити				
68.	Реагує на об'єкти, яких раніше не бачила				
<b>12-15 міс.</b>					
69.	Імітує рухи тулуба на ляльці				
70.	Постійно знаходить ляльку, яку сховали під одним із декількох екранів				
71.	Піднімає 1,5см кубик з 2,5см кубика				
72.	Тримає чашку з дев'ятьма 2,5см кубиками				

<b>16 -19 міс.</b>				
73.	Постійно знаходить схований об'єкт за наявності декількох екранів			
74.	Використовує паличку, щоб дістати предмет, котрий не може дістати інакше			
75.	Дістає намистинку, перевертає маленький контейнер			
76.	Імітує нові рухи			
77.	Здогадується, де сховано предмет, який переставили один раз			
78.	Стягує тканину, щоб дістати предмет			
<b>20-23 міс.</b>				
79.	Швидко та точно імітує рухи, яких не бачить			
80.	Намагається запалити електричний ліхтарик			
81.	Здогадується, де сховано предмет, який переставили декілька разів			
82.	Ходячи навколо предмета, слідкує за м'ячем, який котиться			
83.	Співвідносить два набори предметів			
<b>24-27 міс.</b>				
84.	Відтворює модель по пам'яті			
85.	Співвідносить два набори предметів за кольором			
86.	Збирає головоломку з трьох частин тіла			
87.	Впізнає чотири малюнки за натяками			
<b>28-31 міс.</b>				
88.	Співвідносить кубики за кольором (червоний, жовтий, синій, зелений, чорний)			
89.	Розуміє концепцію "один"			

90.	Визначає три предмети за призначенням (машина, монетка, пляшка)				
<b>32-35 міс.</b>					
91.	Повторює 2 числа				
92.	Співвідносить 4 форми (коло, квадрат, зірочка, хрест)				
93.	Перевертає малюнок				
94.	Називає предмет, який пропустили				
<i>Примітки: (P) - рецептивна мова; (E) - експресивна мова; (I) - імітаційна поведінка.</i>					
<b>Мова, мовлення</b>					
<b>0-2 міс.</b>					
95.	Рухає кінцівками, головою та очима у відповідь на голос чи шум (P)				
96.	Відтворює окремі звуки (E)				
<b>3-5 міс.</b>					
97.	Видає звуки, коли з нею розмовляють чи співають їй (E)				
98.	Повертає очі або голову на голос чи інший звук (P)				
99.	Плаче по-різному, в залежності від потреб (E)				
100.	Звуками різної інтонації висловлює емоції (E)				
<b>6-8 міс.</b>					
101.	Видає приголосні звуки (E)				
102.	Визначає джерело звуку (P)				
103.	Повторює два однакових склади (ма-ма, ба-ба) (E)				
104.	Імітує звуки, які вже є у неї в репертуарі (I)				
<b>9-11 міс.</b>					
105.	Впізнає ім'я на слух (P)				
106.	Імітує комбінацію (приголосна, голосна) (I)				

107.	Виконує просту команду (P)				
108.	Імітує немовні звуки (кашель, годинник) (I)				
109.	Припиняє заняття у відповідь на "ні" (P)				
110.	Дивиться на знайомі предмети або людей, коли їх називають (P)				
12-15 міс.					
111.	Використовує відповідну інтонацію, розмовляючи на дитячому жаргоні (E)				
112.	Неточно імітує слова (I)				
113.	Використовує 2 слова, розуміючи їх значення (E)				
114.	Використовує жести або інші рухи для спілкування(E)				
115.	Виконує просту команду (P)				
116.	Показує частину тіла, одягу або іграшку за проханням (P)				
16-19 міс.					
117.	Називає один предмет за проханням (E)				
118.	Виконує 2 знайомі команди(P)				
119.	Показує на один чорно-білий малюнок за проханням (P)				
120.	Використовує більше 2-х слів, щоб висловити бажання(E)				
121.	Показує 3 частини тіла на собі або ляльці (P)				
122.	Називає один чорно-білий малюнок (E)				
123.	Обирає 2 з 3-х знайомих предметів (P)				
20-23 міс.					
124.	Вказує на 4 малюнки (P)				
125.	Використовує речення з 2-х слів (E)				

126.	Називає не менше 3-х знайомих предметів або малюнків (E)				
127.	Імітує новий звук або слово відразу (I)				
128.	Точно виконує нове завдання (P)				
<b>24-27 міс.</b>					
129.	Використовує своє ім'я, коли говорить про себе (E)				
130.	Використовує речення з 3-х слів (E)				
131.	Користується чотирма різними семантичними функціями (E)				
<b>28-31 міс.</b>					
132.	Відповідно реагує на два прохання, беручи до уваги місце знаходження (P)				
133.	Використовує три різні типи речення (E)				
134.	Відповідає на питання про функції частин тіла (E)				
<b>32-35 міс.</b>					
135.	Використовує 4 різні граматичні конструкції правильно (E)				
<b>Соціально-емоційний розвиток</b>					
<b>0-2 міс.</b>					
136.	Заспокоюється, коли беруть на руки				
137.	Заспокоюється, коли бачить обличчя чи чує голос				
138.	Встановлює візуальний контакт на короткий час під час годування				
139.	Посміхається або видає звуки, коли з нею розмовляють або торкаються її				
<b>3-5 міс.</b>					
140.	Стежить, як дорослий йде по кімнаті				

141.	Відображає посмішку дорослого				
142.	Посміхається або тягнеться до знайомих людей				
143.	Посміхається або сміється під час фізичної гри				
144.	Спонтанно посміхається				
145.	Посміхається на відображення у дзеркалі				
6-8 міс.					
146.	Віддає перевагу перебуванню серед людей				
147.	Посміхається і сміється на гру в "ладушки"				
148.	Тягнеться до свого відображення в дзеркалі				
149.	Вивчає риси знайомого обличчя				
9-11 міс.					
150.	Може перебувати без знайомої людини короткий час				
151.	Бере участь у грі "ладушки" та "сорока-ворона"				
152.	Намагається привернути увагу				
153.	Пропонує іграшку				
12-15 міс.					
154.	Вибірково реагує на маленьких дітей				
155.	Дає іграшку дорослим				
156.	Виступає ініціатором гри з м'ячем або інших ігор				
157.	Періодично відходить від знайомої людини				
16-19 міс.					
158.	Грає окремо без знайомої людини 5 хвилин				
159.	Урізноманітнює гру з однією іграшкою				
160.	Підходить до маленької дитини				

<b>20-23 міс.</b>				
161.	Інколи грає біля інших дітей			
162.	Час від часу проявляє незалежність			
163.	Піднімає та збирає іграшки за проханням			
164.	Імітує домашню працю			
<b>24-27 міс.</b>				
165.	Самостійно бере іграшку і починає гру			
166.	Робить вигляд, що займається знайомою діяльністю			
167.	Переважно грає, але не з іншими дітьми			
<b>28-31 міс.</b>				
168.	Розрізняє хлопчиків та дівчаток			
169.	Впізнає себе у дзеркалі			
170.	Грає з іншими дітьми			
<b>32-35 міс.</b>				
171.	Відходить від знайомого дорослого у незнайомому оточенні на 5 хвилин			
172.	Називає свою стать			
173.	Дає іграшку за проханням дорослого			
<b>Самообслуговування</b>				
<b>0-2 міс.</b>				
174.	Добре ссе груди або пляшку			
175.	Координує ссання, ковтання та дихання			
<b>3-5 міс.</b>				
176.	Ссе і ковтає перетерту їжу у вигляді пюре з ложки			
177.	Зникнення пошукового рефлексу			
178.	Бере пореподібну їжу яснами або ротом			
179.	Зникнення кусального рефлексу			

<b>6-8 міс.</b>				
180.	Кусає яснами і ковтає печиво			
181.	Знімає губами їжу з ложки			
182.	П'є з чашки з допомогою			
183.	Піднімає ложку			
184.	Жує їжу, рухає язиком у різні боки			
<b>9-11 міс.</b>				
185.	Підносить пальцями маленькі шматочки їжі до рота			
186.	Кусає печиво			
187.	Жує печиво			
188.	Злизує їжу з ложки			
189.	Їсть пореподібну звичайну їжу			
190.	Припиняє слинявитися			
191.	Ковтає із закритим ротом			
<b>12-15 міс.</b>				
192.	Сама їсть із ложки, багато розхлюпує			
193.	Піднімає чашку та п'є з неї			
194.	Добре жує			
<b>16-19 міс.</b>				
195.	П'є з чашки без допомоги			
196.	Самостійно їсть ложкою (будь-яку їжу)			
197.	Розуміє, що можна їсти			
<b>20-23 міс.</b>				
198.	Розгортає цукерки, дістає кісточку з фруктів			
199.	Ссе через соломинку			
<b>24-35 міс.</b>				
200.	Починає користуватися виделкою			
201.	Дістає чашку та п'є без допомоги			
202.	Їсть із ложки, не розхлюпуючи			

<i>Навички справляння природних потреб</i>					
<b>12-15 міс</b>					
203.	Залишається сухою від години до двох				
204.	Висловлює незадоволення, коли мокра				
<b>16-23 міс.</b>					
205.	Регулярно справляє природні потреби				
206.	Починає вчитися користуватися туалетом				
<b>24-35 міс.</b>					
207.	Залишається сухою між тим, як ходить у туалет				
208.	Використовує жести або слова, щоб показати, що їй потрібно в туалет				
209.	Самостійно ходить у туалет, тільки не витирається				
210.	Іноді ходить під себе				
<i>Навички одягання та гігієни</i>					
<b>12-15 міс.</b>					
211.	Стягує шапку, шкарпетки або рукавички на прохання				
212.	Допомагає під час одягання, дає ручку чи ніжку				
213.	Намагається причесати волосся щіткою				
<b>16-19 міс.</b>					
214.	Намагається мити обличчя та руки				
215.	Допомагає чистити зуби				
<b>20-23 міс.</b>					
216.	Повністю роздягається, тільки не розстібує гудзик				
217.	Намагається одягати черевички				
218.	Розстібає та застібає великі "блискавки"				
<b>24-31 міс.</b>					
219.	Одягає простий одяг без допомоги (шапку, штанці)				

220.	Мис та витирає руки з допомогою				
<b>32-35 міс.</b>					
221.	Самостійно витирає руки				
222.	Одягає куртку, сукню, футболку, але не застібає гудзики				
223.	Розстібає великі гудзики, охайно розв'язує шнурки, розстібає кнопки				
<b>0-2 міс.</b>					
<b>Груба моторика</b>					
224.	Лежачи на животі, повертає голову в обидва боки				
225.	Вирівнює шию				
226.	Нестабільно утримує голову, коли її тримають вертикально				
227.	Лежачи на животі: оптичне вирівнювання				
228.	Лежачи на животі, піднімає голову і тримає її під кутом 45°				
229.	Лежачи на спині, рухає по черзі ніжками				
<b>3-5 міс.</b>					
230.	Зникнення рефлексу Моро				
231.	Лежачи на животі, голову та груди піднімає під кутом 90 ° з опорою на лікті				
232.	Коли тримають вертикально, витримує невеликі переміщення тіла на ногах				
233.	Лежачи на животі, спирається на випрямлені руки				
234.	Тримає голову на лінії тулуба, коли її тягнуть у положенні сидячи				
235.	Намагається сісти				
236.	Перевертається на спину з положення лежачи на животі				

256.	Положення стоячи: рухає тулубом угору та вниз				
257.	Положення сидячи: допомагає, коли тягнути у положення стоячи				
258.	Лежачи на спині, повертається у положення сидячи, руки та ноги під себе				
<b>9-11 міс.</b>					
259.	Положення стоячи: робить один крок із підтримкою				
260.	Повзає навколішках за допомогою рук				
261.	Положення сидячи: захисна реакція назад				
262.	Положення сидячи: намагається встати, тримаючись за меблі				
263.	Положення стоячи: опускається на підлогу				
264.	Положення стоячи: ходить, тримаючись за меблі				
265.	Ходить, тримаючись за одну руку				
266.	Положення сидячи: еквілібричні реакції				
267.	Стоїть сам				
268.	Стоїть навколішки, спираючись на руки: еквілібричні реакції				
<b>12-15 міс.</b>					
269.	Ходить самостійно				
270.	Піднімається сходами навколішках, спираючись на руки				
271.	Положення стоячи: кидає м'яч на невелику відстань				
272.	Добре ходить: зупиняється, повертається, знову йде				
273.	Лежачи на спині, самостійно піднімається у положення "стоячи"				

237.	Лежачи на животі: зникнення лабіринтного рефлексу				
238.	Лежачи на спині: зникнення лабіринтного				
274.	Ходить назад (задкує)				
275.	Присідає під час гри, зберігає положення стоячи				
<b>16-19 міс.</b>					
276.	Бігає незграбно				
277.	Ходить боком				
278.	Ходить угору по сходах, тримаючись за руку				
279.	Спускається сходами задом - навколішках, спираючись на руки				
280.	Із положення стоячи самостійно сідає на маленький стілець				
281.	Вилізає на великий стілець				
282.	Положення стоячи: стоїть на одній нозі з допомогою				
283.	Положення стоячи: еквілібричні реакції				
<b>20-23 міс.</b>					
284.	Спускається сходами, тримаючись за одну руку				
285.	Стрибає на місці				
<b>24-27 міс.</b>					
286.	Самостійно піднімається та спускається сходами, ноги не чергують				
287.	Стоїть на колоді двома ногами, намагається зробити крок				
288.	Б'є ногою м'яч				
289.	Стрибає з нижньої сходинок, ноги разом				
<b>28-31 міс.</b>					
290.	Ходить навшипинки				
291.	Кидас м'яч на 1-1,5 м, який летить по дузі				

292.	Робить декілька послідовних кроків на колоді				
293.	Лежачи на спині, правильно встає				
<b>32-35 міс.</b>					
294.	їздить на триколісному велосипеді, крутить педалі				
295.	Піднімається сходами, ноги ставить по черзі				
296.	Тримає рівновагу на одній нозі				
297.	Ходить із п'яти на носок				
298.	Ходить, рухаючи руками по черзі				
299.	Бігає				

### Додаткова інформація :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ДЛЯ ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

№ з/п	Рівні розвитку	Тестування			
		I ТЕСТУВАНН	II ТЕСТУВАНН	III ТЕСТУВАНН	IV ТЕСТУВАНН
<b>Сприйняття / тонка моторика</b>					
<b>3-3,5 років</b>					
1.	Робить ізольовані рухи великим пальцем				
2.	Будує вежу з 9-10 кубиків				
3.	Імітує побудову містка з 3-х кубиків				
4.	Тримає олівець пальцями				
5.	Імітує малювання хреста				
6.	Вставляє 6 кілочків у дошку				
7.	Збирає розрізаний малюнок із 2-х частин				
<b>3,5-4 років</b>					
8.	Закручує і розкручує предмети				
9.	Вставляє всі фігури у 8-формову дошку				
10.	Заповнює просту головоломку				
<b>4-4,5 років</b>					
11.	Імітує рухи пальців				
12.	Імітує побудову "воріт" із 5-ти кубиків				
13.	Імітує побудову піраміди з 6-ти кубиків				
14.	Малює олівцем, захоплюючи його трьома пальцями				
15.	Малює 3 частини тіла людини				
16.	Копіює хрест із картини				
17.	Імітує малювання квадрата				
18.	Використовує шаблон, щоб намалювати трикутник				
19.	Обмальовує вирізане коло				
20.	Малює в межах горизонтальних і вертикальних доріжок				
21.	Вирізає по лінії				

<b>4,5-5 років.</b>					
22.	Просовує шнурок у дірочки спеціальної картки для шнурування стібками				
23.	Копіює квадрат із малюнка				
24.	З'єднує крапки				
25.	Використовує шаблон, щоб намалювати простий малюнок				
26.	Обмальовує вирізаний квадрат і трикутник				
<b>5-5,5 років</b>					
27.	Зав'язує вузол				
28.	Малює простий малюнок				
29.	Малює 5 частин тіла людини				
30.	Копіює трикутник із малюнка				
31.	Прикрашає малюнок				
<b>5,5-6 років</b>					
32.	Показує праву руку				
33.	Малює в межах кривої і нахиленої під кутом доріжки				
34.	Пише друковані букви, числа, прості слова				
35.	Вирізає малюнок ножицями				
<b>Розумовий розвиток/ пізнавальні здібності</b>					
<b>Класифікація 3-3,5 років</b>					
36.	Визначає різні або однакові малюнки				
37.	Вказує на малюнок, який не відповідає класифікації				
<b>3,5-4 років</b>					
38.	Називає речі, коли кажуть, для чого їх використовують				
39.	Групує ідентичні малюнки				
40.	Називає дві круглі речі				
<b>5-5,5 років</b>					
41.	Групує картинки за певною ознакою				
42.	Групує картинки за ознакою використання				
<b>5,5-6 років</b>					
43.	Описує схожість і відмінність				
44.	Використовує багаторазову класифікацію				

<b>3-3,5 років</b>					
45.	Відповідає на питання "скільки" в межах 2-х				
<b>5-4 років</b>					
46.	Рахує п'ять предметів по одному				
47.	Показує число половин у цілому				
<b>4-5 років</b>					
48.	Відповідає на питання "скільки" в межах 5-ти				
49.	Називає числівники від 1 до 10				
<b>5-5 років</b>					
50.	Дає 10 предметів екзаменатору, коли просять				
51.	Вирішує прості приклади на додавання				
52.	Зберігає 5 предметів у пам'яті				
<b>5-5,5 років</b>					
53.	Вирішує прості приклади на обчислення				
<i>Простір</i>					
<b>3-3,5 років</b>					
54.	Називає знайомі предмети на дотик				
55.	На дотик добирає форми, які відрізняються від візуальної моделі				
<b>3,5-4 років</b>					
56.	Відтворює форми, що представляють типологічні відносини				
57.	Візуально і на дотик добирає евклідові форми				
<b>4-4,5 років</b>					
58.	Розставляє предмети по прямій лінії, використовуючи край столу				
59.	Відтворює в суворій послідовності, дивлячись на модель				
<b>4,5-5 років</b>					
60.	Відтворює чергові фігури				
<b>5,5-6 років</b>					
61.	Малює прості геометричні фігури за тактильною моделлю				

62.	Відтворює кругову послідовність, дивлячись на модель				
<b>Серійність</b>					
<b>3-3,6 років</b>					
63.	Показує на більший, менший, довший, коротший, вищий предмети				
<b>3,5-4 років</b>					
64.	Обирає серію з 5-ти предметів під час зіставлення				
65.	Сортує три предмети				
<b>4,5-5 років</b>					
66.	Складає одну або більше маленьких серій, коли просять відсортувати сім предметів				
67.	Становить два ряди по чотири предмети в кожному				
<b>5-5,5 років</b>					
68.	Сортує п'ять предметів за довжиною і площею				
<b>Час 3-3,5 років</b>					
69.	Передбачає, яка машина переможе, коли показують повільно і швидко машинку, що рухається				
<b>3,5-4 років</b>					
70.	Відповідає, для чого у нас є годинник				
71.	Відповідає на питання про день і ніч				
72.	Відповідає, на яку частину поїздки піде більше часу				
73.	Передбачає, яка машина буде довше їхати під час руху з різною швидкістю				
<b>4,5-5 років</b>					
74.	Відповідає, який орієнтир був до або після іншого				
75.	Відповідає на питання: а) твій тато був дитиною? б) я була коли-небудь дитиною?				
<b>5-5,5 років</b>					
76.	Визначає часові орієнтири				
77.	Відповідає, що довше: хвилина чи година; день чи рік				

<b>5,5-6 років</b>					
78.	Розкладає три картки в правильному часовому порядку				
79.	Відповідає, хто народився до або після іншого				
<b>Мова, мовлення</b>					
<b>3 -3,5 років</b>					
80.	Імітує речення з 2 - 3-х слів				
81.	Використовує велику кількість різноманітних слів				
82.	Спонтанно використовує прості речення				
83.	Говорить, для чого використовують звичайні предмети				
84.	Виконує послідовну триступеневу команду				
85.	Повідомляє основні відомості про себе				
86.	Розповідає дитячі вірші або співає пісні				
<b>3,5 – 4 років</b>					
87.	Розуміє різноманітність функціональних значень слова				
88.	Відповідає на деякі питання типу: Що? Де? Коли? Чому? Хто?				
89.	Використовує різноманітність повних синтаксичних форм у правильній послідовності				
90.	Використовує форми дієслова минулого часу				
91.	Правильно імітує звуки ж, ш, ч				
<b>4-4,5 років</b>					
92.	Асоціює відповідний об'єкт з дією				
93.	Складає оповідання за картинкою				
94.	Ставить запитання про різноманітні події, людей і закони природи				
95.	Використовує майбутній час				

96.	Повторює речення з 4-5-ти слів				
97.	Розповідає про свій досвід, використовуючи деталі у правильній послідовності				
<b>4,5-5 років</b>					
98.	Правильно імітує звуки, інтонацію				
99.	Називає антоніми за аналогією				
100.	Вказує на відносне положення на вертикальній площині				
101.	Демонструє динамічну спрямованість				
102.	Говорить зрозуміло повними реченнями				
<b>5-5,5 років</b>					
103.	Виконує не пов'язані між собою три команди в послідовності				
104.	Ідентифікує деталі частин тіла				
105.	Ідентифікує грошові одиниці				
<b>5,5- 6 років</b>					
106.	Розповідає вигадані історії				
107.	Дає детальну інформацію про себе				
108.	Показує на відносне положення предметів на горизонтальній площині				
109.	Визначає конкретні предмети				
110.	Правильно відтворює нескладний текст				
<b>Соціально-емоційний розвиток</b>					
<b>3-3,5 років</b>					
111.	Шукає схвалення у дорослих				
112.	Грає в просту гру з іншими дітьми				
113.	Допомагає виконувати роботу, коли його просять				
114.	Грає у «дорослих»; використовуючи іграшки, що замінюють реальні предмети				

115.	Робить простий вибір у їжі, одязі і діяльності				
<b>3,5-4 років</b>					
116.	Просить домашню роботу для виконання				
117.	Демонструє розуміння поняття "власність"				
118.	Розповідає вам про свою діяльність				
119.	Грає біля свого будинку (у дворі, на тротуарі) у безпеці, не виходячи на дорогу				
<b>4-4,5 років</b>					
120.	Розуміє, коли людині чи тварині боляче або вони потребують допомоги				
121.	Інсценує різні види ігрової діяльності				
122.	Грає з невеликою групою дітей				
123.	Сміється або усміхається над кумедними питаннями або картинками				
124.	Доводить до кінця який-небудь проект або завдання				
125.	Називає статеві органи				
126.	Не мастурбує привселюдно				
127.	Шукає самоти				
128.	Висловлює правильне ставлення до незнайомих людей				
<b>4,5-5 років</b>					
129.	Грає успішно з іншими дітьми, розуміючи, що необхідно ділитися і чекати своєї черги				
130.	Реагує належно в соціальній ситуації.				
131.	Говорить вам, у чому різниця між реальним і тим, у що віриш				
132.	Доводить до кінця який-небудь проект або завдання, розраховані на тривалий час				
133.	Грає поблизу будинку без нагляду дорослих				
134.	Пояснює, звідки беруться діти				

<b>5-5,5 років</b>					
135.	Використовує слова, що				
155.	Купається самостійно, коли хто-небудь спостерігає за ним				
156.	Відділяє м'яку їжу за допомогою столового ножа				
157.	Зашнуровує і застібає взуття				
<b>Груба моторика</b>					
<b>3-3,5 років</b>					
158.	Стоїть, утримуючи рівновагу за незначних зміщеннях центру ваги				
159.	Ходить назад, легко				
160.	Ходить угору по сходах, чергуючи ноги, не тримаючись за поручні				
161.	Бігас, повертаючи за гострі кути				
162.	Стрибас уперед на двох ногах				
163.	Навколішки підіймається, використовуючи зрілий малюнок руху				
164.	Підіймається по сходах на дитячих майданчиках				
165.	Імітує рух однієї частини тулуба				
<b>3,5-4 років</b>					
166.	Утримує рівновагу під час руху				
167.	Ходить вниз по сходах, чергуючи ноги, тримаючись за поручні				
168.	Стрибас з висоти 30 см, обидві ноги разом				
169.	Стрибас на одній нозі				
170.	Кидає тенісний м'яч уперед на відстань кроку				
171.	Уявлення про тулуб: ідентифікує площини тіла				
<b>4-4,5 років</b>					
172.	Стоїть: двостороння інтеграція еквілібрних рухів				
173.	Стоїть на одній нозі 6 секунд				
174.	Ходить на балануючій дошці				

175.	Ходить, балансуючи, під час зміни напрямку руху тулуба				
176.	Ходить угору і вниз по сходинках, не тримаючись за поручні, ступня над ступнею				
177.	Бігає добре, з різною швидкістю				
178.	Стрибає через мотузку висотою 5 см				
179.	Стрибає уперед на 20-25 см				
180.	Ловить великий м'яч (руки зігнуті в ліктях)				
181.	Кидає тенісний м'яч зверху з поворотом тулуба				
182.	Веде баскетбольний м'яч				
183.	Штовхає великий м'яч (охайно)				
184.	Їздить на триколісному велосипеді дуже добре				
185.	Перекидається уперед				
186.	Імітує рухи тулуба, інтегруючи обидва боки тіла				
<b>4,5-5 років</b>					
187.	Стоїть ступня перед ступнею, п'ятка торкається носка - 10 сек.				
188.	Стрибає назад 6 стрибків				
189.	Стрибає через мотузку -10см				
190.	З'їжджає вниз				
191.	Розгойдується самостійно				
192.	Уявлення про тіло: розташовує тіло в просторі, відповідно до вимог				
<b>5-5,5 років</b>					
193.	Стоїть на одній нозі з закритими очима				
194.	Йде, балансуючи по дошці: уперед, назад, боком				
195.	Пробігає 35 м за 10 сек.				
196.	Підстрибує 15м за 10 сек.				
197.	Кидає тенісний м'яч із поворотом тіла і перенесенням ваги тіла уперед				
198.	Ловить м'яч, що підстрибує				
199.	Відбиває ракеткою м'яч				

200.	Демонструє різні стрибки				
201.	Марширує під музику				
202.	Використовує лижі, сани, самокат, скейт тощо				
203.	Імітує рухи тіла, що вимагають доброї координації				
<b>5,5-6 і юків</b>					
204.	Ходить, балансує, по вузькій дошці				
205.	Стрибає через мотузку, встановлену на висоті 20 см				
206.	Стрибає самостійно через скакалку				
207.	Стрибає уперед на 1 м				
208.	Ловить однією рукою мішечок із горохом				
209.	Кидає точно в ціль з відстані 2 м				
210.	Штовхає м'яч, що котиться				
211.	Веде м'яч				
212.	Іде на велосипеді (двоколісному)				
213.	Імітує рух тіла, що вимагає комплексного візуального сприйняття і доброго контролю моторики				

## ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

№ з/п	Рівні розвитку	Тестування			
		I ТЕСТУВАН	II ТЕСТУВАН	III ТЕСТУВАН	IV
<b>Сприйняття / тонка моторика</b>					
<b>6 – 6,5 років</b>					
1.	Продовжує малювати прості візерунки				
2.	Домальовує картинку				
3.	Визначає, з яких фігур складені малюнки				
4.	Розповідає про порядок дії				
5.	Виділяє букви з орнаменту				
<b>6,5-7 років</b>					
6.	Виконує графічний диктант				
7.	Встановлює принцип побудови ряду на основі виділення його елементів				
8.	Малює всередині великої та навколо маленької геометричних фігур				
9.	Знаходить предмети в малюнку				
<b>Пам'ять</b>					
<b>Пізнавальні здібності</b>					
<b>6-6,5 років</b>					
10.	Повторює десять слів				
11.	Запам'ятовує і малює картинку				
<b>6,5-7 років</b>					
12.	Відновлює в пам'яті слова, використовуючи картинки				
13.	Називає 10 картинок				
<b>Увага</b>					
<b>6-6,5 років</b>					
14.	Знаходить 6 відмінностей на двох картинках				
15.	Знаходить і викреслює задані фігури				
<b>6,5-7 років</b>					
16.	Знаходить 10 відмінностей на двох картинках				
17.	Знаходить фігури і позначає їх заданими позначками				

<b>Мислення</b>					
<b>6,5 років</b>					
18.	Складає квадрат				
19.	Визначає 4-го зайвого				
20.	Визначає схожість і відмінність між поняттями				
<b>6,5-7 років</b>					
21.	Складає візерунок за зразком				
22.	Складає серію за загальною ознакою				
23.	Встановлює прості аналогії				
<b>Число</b>					
<b>6,5 років</b>					
24.	Визначає, яке число пропущене				
25.	Вирішує задачі на дві дії з "+".				
26.	Вирішує приклади з "0"				
27.	Називає число, яке $>$ , $<$				
<b>6,5-7 років</b>					
28.	Продовжує числовий ряд				
29.	Відновлює пропущений знак в арифметичній дії				
30.	Вирішує задачі на дві дії (+, -)				
<b>Грамота</b>					
<b>6,5 років</b>					
31.	Виділяє голосні зі складів				
32.	Виділяє слова, що містять звуки "т", "д"				
33.	Відтворює ряд голосних звуків речення				
<b>6,5-7 років</b>					
34.	Робить звуковий аналіз слова				
35.	Визначає м'який або твердий звук				
36.	Визначає, скільки складів у слові				
37.	Вставляє пропущене слово				
<b>Час</b>					
<b>5 років</b>					
38.	Розкладає 6 карток у правильному часовому порядку				
39.	Відповідає на питання : "Що ти робив(ла) увечері?", дотримуючись послідовності				
<b>6,5-7 років</b>					

40.	Визначає час за годинником (у годинах)				
41.	Розкладає 6 карток у правильному часовому порядку, складаючи за ними розповідь				

42.	Відповідає на питання "Що ти будеш робити завтра?"				
-----	--	--	--	--	--

**Мова**

**6,5 років**

43.	Використовує діалогічні форми мовлення				
44.	Порівнює предмети з виділенням відмінних та схожих якостей				
45.	Використовує просте поширене речення, вводить означення, однорідні члени				
46.	Утворює відносні прикметники з різними значеннями співвіднесеності				
47.	Виділяє назви ознак за питаннями "Який? Яка? Яке?"				
48.	Вживає прийменники "в, на, через, під"				

**6,5 - 7 років**

49.	Складає розповідь за темою				
50.	Користується складнопідрядними реченнями				
51.	Користується префіксальними дієсловами				
52.	Вживає присвійні прикметники				
53.	Утворює прикметники із зменшувально-пестливими суфіксами				

**Соціально-емоційний розвиток**

**6,5 років**

54.	Приймає чужу точку зору				
55.	Встановлює продуктивні взаємовідносини				
56.	Говорить те, що думає, про свою поведінку				

**6,5 -7 років**

57.	Вимагає дотримання правил від усіх				
58.	Бере на себе відповідальність за дотримання правил у грі				

<b>Самообслуговування</b>					
<b>6,5 років</b>					
59.	Допомагає мити голову				
60.	Складає одяг у спеціально відведене або визначене місце				
61.	Користується серветкою				
<b>6,5 - 7 років</b>					
62.	Сам(а) чистить нігті				
63.	Міє взуття				
<b>Груба моторика</b>					
<b>7 років</b>					
64.	Ловить м'яч, що відскакує від землі				
65.	Встає і лягає за 20 секунд				
66.	Пробігає відстань 3,5 метра уперед-назад за 12 секунд				
67.	Перекидається 3 рази підряд без зупинки				
68.	Стоїть на одній нозі 8 секунд				
69.	Вільно може йти по колоді, почергово переставляючи ноги				

### Додаткова інформація

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Звіт**  
**про попереднє тестування**

Дата \_\_\_\_\_ Хронологічний вік \_\_\_\_\_

Діагноз \_\_\_\_\_

Запит батьків \_\_\_\_\_

Проблеми, виявлені під час спілкування з батьками \_\_\_\_\_

Поведінка дитини під час тестування \_\_\_\_\_

Емоційний стан, способи комунікації \_\_\_\_\_

Рухова активність \_\_\_\_\_

Концентрація уваги \_\_\_\_\_

Сильні сторони розвитку : \_\_\_\_\_

Слабкі сторони розвитку: \_\_\_\_\_

Рекомендації: \_\_\_\_\_

Тестуючи: \_\_\_\_\_

## Психологічне дослідження

Дата: “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Зовнішній вигляд, фізичний розвиток і його оцінка \_\_\_\_\_

Особливості латералізації (домінування одного з парних органів чуття, рук, ніг)

Діагнози інших фахівців

Показники	Первинне дослідження	Динаміка			
	Дата _____	Дата _____	Дата _____	Дата _____	
<b>Поведінкові характеристики</b>					
<b>Особистісний емоційний контакт</b>					
Змістовий, встановлюється легко, не вимушено					
Змістовий, встановлюється поступово, характеризується скутістю, сором'язливістю, потребує заохочення					
Контакт виборчий					
У контакт вступає не відразу, на силу, не виявляє зацікавленості в контакті					
Формальний, встановлюється легко, невимушено					
В контакт не вступає					
<b>Адекватність</b>					
Достатня					
Знижена					
Знижена, в деяких випадках неадекватність					
Достатня, але з проявами протесту					
Неадекватність в спілкуванні, але адекватність при виконанні завдань					
Неадекватність					
<b>Критичність</b>					
Достатня					
Знижена					
Знижена, в деяких випадках повна некритичність					
Надмірна критичність					
Некритичність					

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
<p align="center"><b>Інтерес</b></p> <p>Виразний, стійкий, стимулюючий діяльність</p> <p>Епізодичний, поверховий, не стимулюючий діяльність</p> <p>Відсутність інтересу</p>				
<b>Характер діяльності</b>				
<p align="center"><b>Темпові характеристики діяльності, працездатність.</b></p> <p>Рівномірний темп і працездатність упродовж усього дослідження</p> <p>Нерівномірний темп із проявами імпульсивності дій за збереження працездатності</p> <p>Нерівномірний темп з елементами астенії, спад працездатності</p> <p>Рівномірно повільний, пов'язаний із перевагою гальмування над збудженням</p> <p>Рівномірно швидкий, пов'язаний із перевагою збудження над гальмуванням.</p> <p>Розторможеність</p> <p>Втома</p> <p>Виснажуваність</p> <p>Різкі зміни темпу діяльності та працездатності</p>				
<p align="center"><b>Сформованість регуляторної функції (регуляція власних дій, самоконтроль, довільність)</b></p> <p>Гармонійні згідно психічного розвитку</p> <p>Недостатньо сформовані</p> <p>Знижений контроль за діями</p> <p>Дисгармонійність регуляторних функцій</p>				
<p align="center"><b>Спосіб виконання робіт</b></p> <p>Самостійні, адекватні практичні дії, яким передують розумові</p> <p>Нерішучі, стимульовані, адекватні практичні дії, яким передують розумові</p> <p>Нерішучі практичні дії, не регульовані розумом</p> <p>Маніпулювання дидактичними матеріалами</p>				
<p align="center"><b>Якісна характеристику виконання:</b></p> <p>Самостійне виконання</p> <p>Самостійне виконання шляхом проб</p> <p>Виконання за допомогою демонстрації зразка</p> <p>Виконання з допомогою експериментатора</p> <p>Не виконує</p>				
<p align="center"><b>Научуваність</b> (Використання допомоги під час обстеження)</p>				

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
<p>Дитина використовує допомогу дорослого (переходить від нижчого способу виконання завдань до вищого)</p> <p>Научуваність низька; допомогу використовує недостатньо; перенесення знань утруднене</p> <p>Навчаємість відсутня; допомогу не використовує, немає перенесення показаного способу дії на аналогічні завдання</p>				
<p><b>Реакція на схвалення</b></p> <p>Адекватна (радіє схваленню, чекає його)</p> <p>Неадекватна (на схвалення не реагує, байдужий до нього)</p>				
<p><b>Реакція на зауваження</b></p> <p>Адекватна (виправляє поведінку відповідно до зауваження)</p> <p>Адекватна(ображається)</p> <p>Немає реакції на зауваження</p> <p>Негативна реакція (робить на зло)</p>				
<p><b>Відношення до невдачі</b></p> <p>Невдачу оцінює (помічає неправильність своїх дій, виправляє помилки)</p> <p>Відсутня оцінка невдачі</p> <p>Негативна емоційна реакція на невдачу або власну помилку</p>				
<b>Специфіка розвитку когнітивної сфери</b>				
<p><b>Рівень розумового розвитку</b></p> <p>Метод Стенфорд-Біне</p>				
<p><b>Увага</b></p> <p>Погане перемикання уваги, достатньо стійке (норма)</p> <p>Недостатньо стійке, поверхнєве, швидко виснажується, вимагає перемикання на інший вигляд діяльності</p> <p>Низька концентрація і нестійкість уваги (погано зосереджується, насилу утримує увагу на об'єкті)</p> <p>Нестійка, короткочасна</p> <p>Не концентрує увагу, інтерес до завдань короткочасний</p>				

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
<p style="text-align: center;"><b>Сприйняття</b></p> <p>Оволодіння діями сприйняття</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ідентифікація</li> <li>• прирівнювання до еталону</li> <li>• перцептивне моделювання</li> </ul> <p>Оволодіння сенсорними еталонами (розвиток уявлень про різновиди зовнішніх властивостей предметів - колір, форма, розмір)</p> <p>Розрізняє предмети за формою, величиною кольором з помилками</p> <p>Не розрізняє.</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Мислення (рівні сформованості, ступінь вираженості відхилень в психічному розвитку)</b></p> <p>Наочно-дійовий тип мислення</p> <p>Наочно-образний тип мислення</p> <p>Абстрактно-логічний тип мислення</p> <p>Особливості:</p> <p>здатність аналізувати</p> <p>здатність виділяти суттєві ознаки</p> <p>здатність виділяти окремі частини</p> <p>здатність установлювати схоже і відмінне</p> <p>здатність узагальнювати</p> <p>здатність здійснювати класифікацію</p> <p>здатність переносити вміння в нові пізнавальні ситуації</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Пам'ять</b></p> <p>Образна (рівень розвитку)</p> <p>Вербально-логічна (рівень розвитку)</p> <p>Короткочасна</p>				

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
Нестійка Порушення осмисленого запам'ятовування Переважає механічна				
<b>Особливості емоційно-особистісного розвитку</b>				
<b>Емоційно-вольова сфера</b>  Активність Мотивація Рівень самооцінки Рівень тривожності Рівень конфліктності Імпульсивність Неадекватність поведінки				
<b>Недорозвиток всіх вищих психічних функцій</b>				

Диференційний діагноз психолога

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Необхідна корекційно-розвивальна діяльність психолога

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Інші фахівці, необхідні для дитини

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Психолог \_\_\_\_\_

---

---

## Педагогічне дослідження

Дата: “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Педагог заповнює карту на основі метода природного експерименту (спостереження у характерній для дитини обстановці ( під час таких видів діяльності: процес їжі, щоденні заняття гри і гімнастичні вправи, свята, різні види творчої праці)

Показники	Первинне дослідження		Динаміка	
	Дата _____	Дата _____	Дата _____	Дата _____
<b>Поведінкові характеристики</b>				
<p style="text-align: center;"><b>Емоційний контакт</b></p> <p>Легко і швидко встановлює контакт, виявляє в нім зацікавленість, охоче підкоряється (норма)</p> <p>Контакт виборчий</p> <p>У контакт вступає не відразу, насилу, не виявляє зацікавленості в контакті</p> <p>Контакт формальний(чисто зовнішній)</p> <p>Контакту доступний</p> <p>В контакт не вступає</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Наявність проявів</b></p> <p>Байдужості</p> <p>Активності</p> <p>Пасивності</p> <p>Невпевненості</p> <p>Нерішучості</p> <p>Нав'язливих емоцій</p> <p>Чуйності</p> <p>Відповідальності</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Переважаючі інтереси</b></p> <p>Любить сам читати або слухати.</p> <p>Патологічне читання</p> <p>Улюблені заняття</p> <p>Улюблені ігри (рухомі, кімнатні)</p> <p>Ручна праця.</p> <p>Малювання.</p>				

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
Ліплення Музика. Спів Інтерес до суспільної діяльності, до природи, тварин Фізична праця. Рухові ігри				
<b>Характер діяльності</b>  Діяльність стійка, працює з інтересом Діяльність нестійка, працює формально Відсутня мотивація до діяльності				
<b>Рівень розвитку діяльності</b>				
<b>Працездатність</b>  Достатня Знижена Низька				
<b>Використання допомоги під час навчання</b>  Дитина використовує допомогу дорослого Допомога використовує недостатньо, перенесення знань утруднене Допомога не використовує, немає перенесення показаного способу дії на аналогічні завдання				
<b>Вияв цікавості до іграшок:</b>  Виявляє стійку цікавість до іграшок (норма) Виявляє поверхневу, не дуже стійку цікавість до іграшок Цікавості не виявляє				
<b>Адекватність вживання іграшок</b>  Іграшки використовує адекватно ( використовує предмети за призначенням) Деякі іграшки використовує адекватно ( вибірковість) Неадекватні дії з предметами (безглузді, не диктовані логікою ігри або якістю предмету дії)				

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
<p align="center"><b>Характер дій з предметами</b></p> <p>Сюжетно ролева гра  Гра з елементами сюжету  Специфічні маніпуляції (враховує тільки фізичні властивості предметів)  Неспецифічні маніпуляції ( зі всіма предметами діє однаково, стереотипно постукує, тягне в рот, смочче, кидає)  Не проявляє уваги до предметів</p>				
<p align="center"><b>Сприйняття просторових відносин</b></p> <p>Знання частин тіла  Орієнтування в сторонах власного тіла  Цілісний образ предметами (картинки, що розрізають)</p>				
<p align="center"><b>Тимчасові уявлення</b></p> <p>Частини доби  Пори року  Дні тижня</p>				
<p align="center"><b>Мова</b></p> <p>Чиста  Нечиста вимова звуків  Заїкання  Балакучість  Мовчазність  Багатство, бідність словника  Аграматизм (неправильні поєднання слів)</p>				
<b>Моторні реакції</b>				
<p>Мала, надмірна рухливість.  Їжа, жування. Одягання.  Стомлюваність. Витривалість  Міміка і пантоміма  Тримання предметів  Маніпулювання предметами, іграшками  Вміння користуватися олівцем, ручкою  Малювання, почерк, типові помилки  Одягання, застібання гудзиків, шнування черевиків</p>				

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
Ножиці				
<b>Емоційно-вольова сфера</b>				
Рівень самооцінки				
Рівень тривожності				
<p style="text-align: center;"><b>Емоційні реакції, інстинкти, домінантні процеси</b></p> <p>Переважаючий настрій: рівний , збуджений, похмурий</p> <p>Різка зміна його, частота, періоди</p> <p>Егоцентризм</p> <p>Манірність</p> <p>Запальність</p> <p>Афекти (гнів, страх). Ступінь прояву, тривалість. Схильність пригнічувати їх</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Соціальний інстинкт і соціальна поведінка</b></p> <p>Відношення до рідних педагогів</p> <p>колективу дітей</p> <p>Відношення до режиму, обов'язків, дозвілля</p> <p>Конфліктність</p>				

Диференційні дані педагогічного спостереження

---



---



---



---



---

Необхідна корекційно-розвивальна діяльність

---



---



---



---



---

Інші фахівці, необхідні для дитини

---



---

Вихователь \_\_\_\_\_

---

# Логопедичне дослідження

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

Стан органів відчуття:

Служ \_\_\_\_\_

Зір \_\_\_\_\_

Загальна характеристика спілкування (жестами, окремими словами, фразовим мовленням)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Показники	Перинне дослідження			
	Динаміка			
	Дата	Дата	Дата	Дата
<b>Лексична будова мовлення</b>				
Розуміння назв предметів:				
Реальних				
На картинках				
Розуміння значення слів				
Розуміння простих сюжетів				
Орієнтування себе (руки, ніг, вуха, губ, очей, носу та інших частин тіла.)				
Орієнтування в оточуємому просторі (дім, адреса, вулиця, місто).				
Розуміння лексико – граматичних конструкцій ( встати, підняти руки в гору, сісти.)				
Сприйняття навчального завдання				
Розуміння ознак предметів				
Розуміння назв деталей предметів та їх показ				
<b>Граматична будова мовлення</b>				
Узгодження частин мовлення:				
в роді				
числі				
відмінку				
Узгодження різних частин мови:				
прикметник з іменником				
іменник з числівником				
Складання розповіді за малюнком				
Складання розповіді за серією малюнків				
Переказ				
Описова розповідь або за уявою				
Доповнює речення				
Відповідає на питання				
Розвиток узагальнень				

<b>Вимова звуків</b>				
<i>Вимова свистячих (с,сь,з, зь, ц) :</i>				
Відображена вимова ізольованих звуків				
Самостійна спонтанна вимова				
Відсутність звуку				
Заміна звуку				
<i>Вимова шиплячих (ж, ч, ш, щ) :</i>				
Відображена вимова ізольованих звуків				
Самостійна спонтанна вимова				
Відсутність звуку				
Заміна звуку				
<i>Вимова передньоязичних (л, ль, р, рь) :</i>				
Відображена вимова ізольованих звуків				
Самостійна спонтанна вимова				
Відсутність звуку				
Заміна звуку				
<i>Вимова задньоязичних (к, кь, з, зь, х, хь) :</i>				
Відображена вимова ізольованих звуків				
Самостійна спонтанна вимова				
Відсутність звуку				
Заміна звуку				
<i>Вимова губно – зубних (п, пь, б, бь, м, мь) :</i>				
Відображена вимова ізольованих звуків				
Самостійна спонтанна вимова				
Відсутність звуку				
Заміна звуку				
<i>Вимова губно –зубних (ф, фь, в, вь) :</i>				
Відображена вимова ізольованих звуків				
Самостійна спонтанна вимова				
Відсутність звуку				
Заміна звуку				
<b>Розпізнавання звуків</b>				
На слух:				
Порівняння слів які змішуються (бочка – дочка)				
Виділення заданого звуку в слові:				
На початку				
В середині				
В кінці				
Звукобуквений аналіз (голосний , приголосний, твердий, м'який)				
Називає послідовність всіх звуків в слові				
<b>Читання</b>				
Знає всі букви				
Зливає слоги				
Читає слогами				
Читає словами				

Розуміння прочитаного				
<b>Письмо</b>				
Тримає олівець (ручку) в руці				
Обводить обводку, штриховку				
Пише прописними буквами				
Списує букви				
Пише по точечному шаблону				
Домальовує картинку				
Пише друковані букви, числа, прості слова				
Перевагу надає:				
Правій руці				
Лівій руці				
<b>Моторика артикуляційного укладу</b>				
Утримання артикуляційних укладів				
Рухливість язика				
Рухливість губ				
Вимова голосних				
Вимова приголосних				

Висновок про наявність специфічних мовлиневих порушень (алалія, афазія, заїкуватість, дизартрія, ринопалія, дислексія, дисграфія, загальне недорозвинення мовлення. Фонетико – фонематичне недорозвинення мовлення, дислалія)

---



---



---



---

Необхідна корекційно – розвивальна діяльність логопеда

---



---



---



---



---



---



---



---

Логопед \_\_\_\_\_

---

## Дослідження спеціаліста із фізичної реабілітації

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

### Оцінка великих моторних функцій

Оцінка великих моторних функцій робиться за шкалою з 11 основних рухових функцій (В.В. Козьявкін), в якій наголошується успішність виконання рухів з різних положень (на спині, животі, з колін, сидячи, стоячи). Успішність виконання кожного завдання оцінюється по 3-х бальній шкалі («так» - 3 бали, «+» - 2 бали, «ні» - 1 бал), потім підраховується сума по кожному розділу, що дає можливість кількісно оцінити загальний розвиток грубої моторики кожного хворого у певному вихідному положенні та загальний розвиток великих моторних функцій, підрахувавши суму по всім 11 розділам великих моторних функцій.

### Шкала оцінки великих моторних функцій

Показники	Первинне дослідження	Динаміка		
	Дата	Дата	Дата	Дата
<b>1. Лежання на спині</b>				
Піднімає голову від мату				
Піднімає праву ногу				
Піднімає ліву ногу				
Активні рухи правою рукою				
Активні рухи лівою рукою				
<b>2. Сидіння на підлозі</b>				
Сидить на підлозі (ні – менше 5 сек – більше 5 сек)				
Сидить на підлозі без допомоги рук				
Сидячи може взяти предмет збоку				
Сідає з положення на спині з допомогою рук				
Сідає з положення – лежачи на спині, без допомоги рук				
<b>3. Перегортання</b>				
Перегортається на живіт через правий бік				
Перегортається на спину через правий бік				
Перегортається на живіт через лівий бік				
Перегортається на спину через лівий бік				
<b>4. Лежання на животі</b>				
Піднімає голову				
Піднімає голову та груди (ні – опора на передпліччя – опора на кисті)				
<b>5. Повзання</b>				
Повзає по-пластунськи				
Може стати «карачки» (ні – менше 5 с – більше 5 с)				
На карачках удержує голову				
На карачках піднімає руку				
Повзає вперед не альтернуюче				
Повзає вперед альтернуюче				
Повзає назад не альтернуюче				
Повзає назад альтернуюче				
<b>6. На колінах</b>				

Піднімається з карачок і стоїть (ні – менше 5 сек – більше 5 с)				
Ходить на колінах вперед				
Ходить на колінах назад				
<b>7. Стояння і вставання</b>				
Встає з полу за допомогою опори				
Встає з полу без допомоги рук (самостійно)				
Стоїть біля стіни (ні – менше 5 с – більше 5 с)				
<b>8. Сидіння</b>				
Сидить у кріслі з опорою на ноги				
Сидячи, хлопає у долоні				
Сидячи підіймає праву ногу				
Сидячи підіймає ліву ногу (ні – менше 60* - більше 60*)				
Сидячи підіймає разом дві руки				
Сидячи підіймає праву руку				
Ліву руку (лікоть менше рівня плеча – більше плеча – рука пряма додолу)				
Встає з крісла (ні – за допомогою рук – без допомоги рук)				
Стоїть самостійно (ні – менше 5 сек – більше 5 с)				
Опускається стоячи справа				
Опускається стоячи зліва (на пальці – на пальці і плюсну – на стопу)				
Присідання без опори (ні – коліна більше 90* - менше 90*)				
Піднімає предмет з полу				
<b>9. Ходьба</b>				
Іде за дві руки				
Іде за одну руку				
Іде самостійно (ні – менше 5 кроків - більше 5 кроків)				
Іде в сторону приставним кроком				
Іде, по команді зупиняється				
Іде спиною уперед				
При ходьбі опускається стопою справа				
зліва (на пальці – пальці і плюсна – на повну стопу)				
<b>10. Підстрибування</b>				
Стрибає у висоту				
Стрибає у довжину				
<b>11. На одній нозі</b>				
Стоїть на правій нозі				
Стоїть на лівій нозі (ні – менше 5 сек – більше 5 сек)				
Стрибає на правій нозі				
Стрибає на лівій нозі				

Загальний розвиток великих моторних функцій \_\_\_\_\_

Необхідна корекційно – розвивальна діяльність \_\_\_\_\_

Спеціаліст із фізичної реабілітації \_\_\_\_\_

## Дослідження музичного керівника

Дата: “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Показники	Первинне дослідження	Динаміка (по рівнях)		
	Дата	Дата	Дата	Дата
<b>Музичний слух</b>				
Музичне сприйняття				
Розрізнення емоційного характеру музичних творів				
Уміння відрізнити знайомі твори по вступу або мелодійному малюнку				
Динамічний аналіз				
Звуковисотний аналіз				
<b>Музична пам'ять</b>				
<b>Виконання пісень, розспівів, хороводів</b>				
Текст				
Мелодійний малюнок				
Ритмічний малюнок				
Виконання				
<b>Ігрове, сюжетне інсценування</b>				
Пасивність виконання				
Активність виконання				
Емоційність виконання				

Прогноз музичного керівника

---



---



---



---



---

Необхідна корекційно-розвивальна діяльність музичного керівника

---



---



---



---



---

Музичний керівник \_\_\_\_\_

---

## Дослідження медичної сестри з ЛФК

Дата: “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Показники	Первинне дослідження		Динаміка (по рівнях)	
	Дата	Дата	Дата	Дата
<b>Розвиток загальної моторики</b>				
<b>Кількість рухів</b> Мала, надмірна рухливість Наявність безцільних, стереотипних і хореїчних рухів, автоматизм рухів - відсутність довільної затримки руху <b>Час моторних реакцій</b> (швидкість або повільність). <b>Спритність</b> Хо́да Біг Стрибки Ігри <b>Стомлюваність</b> <b>Працездатність.</b> <b>Витривалість</b> <b>Міміка і пантоміма</b>				
<b>Форма моторних реакцій</b>				
Диференціація і координація складних дій. Систематичність складних дій. Інтенсивність (сила) моторних реакцій. Фізична упрямність				
<b>Розлади рухів</b>				
Судоми Тремор Тики Контрактури Трясіння Ехокінезія - повторення однонамітних рухів.				

Необхідна корекційно-розвивальна діяльність медичної сестри з ЛФК

---



---



---

Медична сестра з ЛФК \_\_\_\_\_

---

**Звіт**  
**про повне поглиблене тестування**

Дата \_\_\_\_\_

**1. Загальне враження:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Сильні сторони:**

**3. Слабкі сторони:**



**4. Рівні розвитку:**

1. Сприйняття та тонка моторика

---

2. Розумовий

---

3. Мовний

---

4. Соціально-емоційний

---

5. Самообслуговування

---

6. Груба моторика

---

**5. Рекомендації:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. Тестуючи:**

№ з/п	Посада	Прізвище, ініціали	Підпис
1	Вихователь		
2	Психолог		
3	Логопед		
4	Музичний керівник		
5	Лікар		
6	Спеціаліст із фізичної реабілітації		
7	Медицина сестра з ЛФК		

**ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ**  
**Визначення дальніх та ближніх цілей за основними**  
**напрямами розвитку дитини**

<b>1. Вихователь.</b>		
<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

<b>2. Психолог</b>		
<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

<b>3. Лікар</b>		
<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

<b>4. Логопед</b>		
<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

**5. Спеціаліст із фізичної реабілітації**

<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

<b>6. Музичний керівник</b>		
<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

<b>7. Медична сестра з ЛФК</b>		
<b>Дата</b>	<b>Цілі дальні та ближні</b>	<b>Рекомендації</b>

**Відомості про досягнення дитини**  
**Аналіз виконання дальніх цілей**

Дата	Прогрес







## Батьківська сторінка

Дата	Консультація якого фахівця вам необхідна? Причина	Звіт фахівця









## Зауваження щодо ведення документації

Дата	Зауваження, рекомендації	Відмітка про виконання

## Зміст індивідуального плану соціалізації дитини з інвалідністю

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Хронологічний вік \_\_\_\_\_

Чи відвідує(відвідувала) дитячий дошкільний(шкільний) заклад \_\_\_\_\_

Якщо так, вказати особливості перебування, проблеми, характер спілкування з однолітками \_\_\_\_\_

Батьки: ПІБ, освіта, професія, місце роботи

Мати \_\_\_\_\_

Батько \_\_\_\_\_

Матеріальне положення, соціальний статус сім'ї \_\_\_\_\_

Умови проживання дитини \_\_\_\_\_

Домашні тварини(відносини з ними) \_\_\_\_\_

Можливості виїзду за місто, відпочинок, спілкування з природою (пора року, частота) \_\_\_\_\_

### Напрями і зміст роботи з соціалізації (становлення свідомості, засвоєння ролей, норм і навичок соціальної поведінки, поліпшення якості життя)

#### 1. Здоров'я

##### 1.1. Початковий рівень здоров'я (актуальний)

##### 1.1.1. Оцінка батьками, і дитиною(по можливості віку та розвитку)

Дитина	Батьки
Постава, хода	
Координація, швидкість і точність рухів	
Самостійність пересування	
Розвиненість дрібної моторики	
Турбота про своє здоров'я. У чому виявляється?	
Заняття фіззарядкою	
Рухова активність. Який спосіб життя вважає за краще: спокійний, малорухливий; руховий-активний, гіперактивний?	
Інтерес до спортивних занять	

1.1.2. Результати обстеження та рекомендації медичних працівників

Лікар \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Фахівець з фізичної реабілітації \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

1.1.3. Висновок

Початковий рівень здоров'я і фізичного розвитку \_\_\_\_\_

---

**1.2. Основні напрямки роботи**

З дитиною \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

З батьками \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Дата \_\_\_\_\_

Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

### 1.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення якості здоров'я і фізичного розвитку.

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата

#### 1.4. Динаміка зміни здоров'я

##### 1.4.1. Оцінка змін.

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Постава, хода										
2. Координація, швидкість і точність рухів										
3. Самостійність пересування										
4. Дрібна моторика										
5. Турбота про своє здоров'я.										

6. Рухова активність.																				
7. Інтерес до спортивних занять																				
8. Заняття спортом																				
9. Знання про здоровий спосіб життя																				
10. Їх виконання																				
11. Навички особистої гігієни																				
12. Самообслуговування																				
13. Дотримання режиму харчування.																				
14. Відношення до їжі																				
15. Наявність шкідливих звичок																				
16. Бажання від них позбавитися.																				
Рівень																				

*Умовні позначки:*

- Значні позитивні зміни:  (зелений)  
 Достатні позитивні зміни:  (блакитний)  
 Незначні позитивні зміни:  (жовтий)  
 Немає позитивних змін:  (оранжевий)  
 Негативні зміни:  (червоний)

#### **1.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)**

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---



---

2-й місяць

---



---

3-й місяць

---



---

4-й місяць

---



---

5-й місяць

---



---

6-й місяць

---



---

7-й місяць

---



---

8-й місяць

---



---

9-й місяць

---

---

10-й місяць

---

---

### 1.5. Загальна характеристика змін здоров'я та фізичного розвитку дитини

Дитина	Батьки	Фахівці
	Які відбулися позитивні зміни?	
	Які проблеми не вдалося вирішити?	
	Які подальші напрямки роботи?	

## 2. Пізнавальна активність та сформованість практичних вмінь та навичок

### 2.1. Початковий(актуальний) рівень пізнавальної активності та сформованості практичних вмінь та навичок

#### 2.1.1. Оцінка батьками, і дитиною (по можливості віку та розвитку)

Дитина	Батьки
	Розуміння мови
	Розвиток мовлення
	Інтереси дитини
<b>Розвиток пізнавальних процесів:</b>	
<i>сприймання:</i> кольору, форми, розміру, просторових відношень та уявлень, часові уявлення, уявлення про себе, своїх близьких, частини тіла, кількісні уявлення	
<i>уваги:</i> об'єм, концентрація, переключення	
<i>пам'яті:</i> зорова, слухова, комбінована - короточасна, довготривала, опосередковане запам'ятовування	
<i>мислення:</i> встановлення послідовності подій, узагальнення, виключення зайвого, класифікація	
	Розуміння важливості оволодіння навичками
	Мотивація пізнавальної діяльності

<b>Академічні знання і навички (читання, письмо, математичні навички)</b>	
Оволодіння навичками – робота з пластиліном, тканиною, папером, вміння користуватися ножицями, пензликом, клесом, голкою та ін.)	
<b>Наявність хобі (яке, його стійкість)</b>	
	Дата
	Підпис

**2.1.2. Результати обстеження та рекомендації спеціалістів**  
**Практичний психолог**

---



---



---

Дата, підпис \_\_\_\_\_  
 Логопед

---



---



---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

**Вихователь(вчитель - реабілітолог)**

---



---



---



---



---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

**2.1.3. Висновок**

Початковий рівень пізнавальної активності та сформованості практичних умінь та навичок. \_\_\_\_\_

---

**2.2. Основні напрямки роботи**

**З дитиною**

---



---



---

З батьками

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

**2.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення якості сформованості практичних вмінь та навичок, розвитку пізнавальної активності.**

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата

## 2.4. Динаміка зміни пізнавальної активності та сформованості практичних вмінь та навичок

### 2.4.1. Оцінка змін.

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Розуміння мови										
2. Розвиток мовлення										
3. Інтереси дитини										
4. Розвиток пізнавальних процесів:										
сприймання										
уваги										
пам'яті										
мислення										
5. Розуміння важливості оволодіння навичками										
6. Мотивація пізнавальної діяльності										
7. Академічні знання і навички										
8. Оволодіння практичними										
9. Наявність хобі (яке, його стійкість)										
Рівень										

*Умовні позначки:*

- Значні позитивні зміни:  (зелений)  
 Достатні позитивні зміни:  (блакитний)  
 Незначні позитивні зміни:  (жовтий)  
 Немає позитивних змін:  (оранжевий)  
 Негативні зміни:  (червоний)

### 2.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---

2-й місяць

---

3-й місяць

---

4-й місяць

---

5-й місяць

---

6-й місяць

---

7-й місяць

---

---

8-й місяць

---

---

9-й місяць

---

---

10-й місяць

---

---

## 2.5. Загальна характеристика змін пізнавальної активності та сформованості практичних вмінь та навичок

Дитина	Батьки	Фахівці
	Які відбулися позитивні зміни?	
	Які проблеми не вдалося вирішити?	
	Які подальші напрямки роботи?	

## 3. Взаємостосунки з близькими людьми

### 3.1. Початковий (актуальний) рівень якості взаємостосунків з близькими людьми

#### 3.1.1. Оцінка батьками, і дитиною(по можливості віку та розвитку)

Дитина	Батьки
Знання імен, віку батьків, характеру і місця роботи	
Характер стосунків з батьками (довірчі, негативні, байдужі і ін.)	
Стосунки з братами, сестрами( знання імен, віку; частота і характер спілкування; прийняття їх допомоги, надання їм допомоги, (який, в чому?)	
Стосунки з бабусями і дідусями (див. п.3)	
Стосунки з іншими родичами(див. п.3)	
	Дата
	Підпис

3.1.2. Результати обстеження та рекомендації спеціалістів

Практичний психолог \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Вихователь(вчитель - реабілітолог) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

3.1.3. Висновок

Початковий рівень якості взаємостосунків з близькими людьми

---

---

**3.2. Основні напрямки роботи**

З дитиною \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

З батьками

---

---

---

---

Дата \_\_\_\_\_ Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

### 3.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення якості взаємостосунків з близькими людьми.

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		

### 3.4. Динаміка зміни взаємостосунків з близькими людьми

#### 3.4.1. Оцінка змін.

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Знання імен батьків										
2. Знання віку батьків										
3. Знання характеру та місця роботи										
4. Характер стосунків з батьками										
5. Стосунки з братами, сестрами										
6. Стосунки з бабусями і дідусями										
7. Стосунки з іншими родичами										
Рівень										

*Умовні позначки:*

- |                           |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Значні позитивні зміни:   | <input type="checkbox"/> (зелений)   |
| Достатні позитивні зміни: | <input type="checkbox"/> (блакитний) |
| Незначні позитивні зміни: | <input type="checkbox"/> (жовтий)    |
| Немає позитивних змін:    | <input type="checkbox"/> (оранжевий) |
| Негативні зміни:          | <input type="checkbox"/> (червоний)  |

### **3.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)**

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---

---

2-й місяць

---

---

3-й місяць

---

---

4-й місяць

---

---

5-й місяць

---

---

6-й місяць

---

---

7-й місяць

---

---

8-й місяць

---

---

9-й місяць

---

---

10-й місяць

---

---

### 3.5. Загальна характеристика змін взаємостосунків з близькими людьми

Дитина	Батьки	Фахівці
Які відбулися позитивні зміни?		
Які проблеми не вдалося вирішити?		
Які подальші напрямки роботи?		

## 4. Безпека

### 4.1. Початковий (актуальний) рівень знань правил безпеки та умінь їх виконувати

#### 4.1.1. Оцінка батьками, і дитиною(по можливості віку та розвитку)

Дитина	Батьки
Розуміння слів «небезпечно», «безпечно»	
Знання і виконання правил безпеки вдома при користуванні газом, електроприладами, водою; дзвінку в двері незнайомої людини	
Знання і виконання правил : дорожнього руху для пішоходів; проїзду на транспорті	
Знання і виконання правил безпечної поведінки при зустрічі з незнайомими людьми; при користуванні грошима	
Знання і виконання правил безпеки в екстремальних ситуаціях: умінь надати собі і іншим першу допомогу; знання служб і осіб, до яких потрібно звернутися по допомогу; умінь викликати «швидку допомогу», міліцію, пожежну службу; умінь звернутися до людей за допомогою	
	Дата
	Підпис

#### 4.1.2. Результати обстеження та рекомендації спеціалістів Вихователь(вчитель - реабілітолог)

---



---



---



---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Практичний психолог

Дата, підпис \_\_\_\_\_

#### 4.1.3. Висновок

Початковий рівень знань правил безпеки та уміння їх виконувати

#### 4.2. Основні напрямки роботи

З дитиною

З батьками

Дата \_\_\_\_\_ Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

#### 3.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення рівня знань правил безпеки та уміння їх виконувати

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
		Дата

#### 4.4. Динаміка зміни рівня знань правил безпеки та уміння їх виконувати

##### 4.4.1. Оцінка змін.

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Розуміння слів «небезпечно», «безпечно»										
2. Знання і виконання правил безпеки вдома при: користуванні газом електроприладами холодною та гарячою водою дзвінку в двері незнайомої людини										
3. Знання і виконання правил : дорожнього руху для пішоходів проїзду на транспорті										
4. Знання і виконання правил безпечної поведінки при: зустрічі з незнайомими людьми при користуванні грошима										
5. Знання і виконання правил безпеки в екстремальних ситуаціях: уміння надати собі і іншим першу допомогу знання служб і осіб, до яких потрібно звернутися по допомогу уміння викликати «швидку допомогу» міліцію, пожежну службу уміння звернутися до людей за допомогою										
Рівень										

##### **Умовні позначки:**

Значні позитивні зміни:

(зелений)

Достатні позитивні зміни:

(блакитний)

Незначні позитивні зміни:

(жовтий)

Немає позитивних змін:

(оранжевий)

Негативні зміни:

(червоний)

##### 4.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---

2-й місяць

---

3-й місяць

---

4-й місяць

---

---

5-й місяць

---

---

6-й місяць

---

---

7-й місяць

---

---

8-й місяць

---

---

9-й місяць

---

---

10-й місяць

---

---

#### 4.5. Загальна характеристика змін рівня знань правил безпеки та умінь їх виконувати

Дитина	Батьки	Фахівці
	Які відбулися позитивні зміни?	
	Які проблеми не вдалося вирішити?	
	Які подальші напрямки роботи?	

## **5. Робота, творчість**

### **5.1. Початковий(актуальний) рівень готовності до праці та сформованості практичних вмінь**

#### **5.1.1. Оцінка батьками, і дитиною(по можливості віку та розвитку)**

<b>Дитина</b>	<b>Батьки</b>
Розуміння значущості трудової діяльності в житті людини	
Відношення до трудових обов'язків по дому	
Знання про різні професії і їх значення в житті людини	
Фізична готовність до трудової діяльності (моторика, координація, працездатність)	
Мотиви відношення до праці	
Навички домашньої роботи (який, ступінь самостійності, частота виконання, відношення до цієї роботи)	
	Дата
	Підпис

#### **5.1.2. Результати обстеження та рекомендації спеціалістів**

Практичний психолог

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Вихователь(вчитель - реабілітолог)

---

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

### 5.1.3. Висновок

Початковий рівень готовності до праці та сформованості практичних вмінь

---

---

---

### 5.2. Основні напрямки роботи

З дитиною

---

---

---

З батьками

---

---

---

Дата \_\_\_\_\_ Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

### 5.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення якості готовності до праці та сформованості практичних вмінь

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		

		Дата
Дата	Проблема (задача)	Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата	Проблема (задача)	Дата
		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
		Дата

**5.4. Динаміка зміни готовності до праці та сформованості практичних вмінь**  
**5.4.1. Оцінка змін.**

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Розуміння значущості трудової діяльності в житті людини										
2. Відношення до трудових обов'язків по дому										
3. Знання про різні професії і їх значення в житті людини										
4. Фізична готовність до трудової діяльності (моторика, координація, працездатність)										
5. Мотиви відношення до праці										
Рівень										

*Умовні позначки:*

Значні позитивні зміни:

(зелений)

Достатні позитивні зміни:

(блакитний)

Незначні позитивні зміни:

(жовтий)

Немає позитивних змін:

(оранжевий)

Негативні зміни:

(червоний)

#### **5.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)**

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---

2-й місяць

---

3-й місяць

---

4-й місяць

---

5-й місяць

---

6-й місяць

---

7-й місяць

---

8-й місяць

---

9-й місяць

---

10-й місяць

---

#### **5.5. Загальна характеристика змін якості готовності до праці та сформованості практичних вмінь**

Дитина	Батьки	Фахівці
	Які відбулися позитивні зміни?	
	Які проблеми не вдалося вирішити?	
	Які подальші напрямки роботи?	

**6. Включеність до суспільства** (соціальна роль і готовність до її виконання в спілкуванні і взаємодії з різними групами людей)

**6.1. Початковий(актуальний) рівень якості включеності (адаптовано-сті) до суспільства**

6.1.1. Оцінка батьками, і дитиною(по можливості віку та розвитку)

Дитина	Батьки
Самооцінка своєї зовнішності, віку, можливостей, здібностей, творчих схильностей, рис характеру і ін.	
Усвідомлення свого «Я» «Я- минуле – яким я був» «Я- сьогодення – який я зараз» «Я- майбутнє – яким я хочу стати»	
Відношенні до себе (самоповага, себелюбство, самознищення і ін.)	
Здатність організувати своє особисте життя	
Характер співіснування з іншими людьми (поведінка, спілкування, взаємодія) : у сім'ї, з сусідами і знайомими	
Поведінка, спілкування і взаємодія в групі: із значущими дорослими (довірча, визнання авторитету, виконання завдання без примушення, негативне, байдуже ); з учасниками групи ( доброзичливе, прихильне, бажання допомоги, вибірковість в спілкуванні і взаємодії; конфліктність, агресивність, стереотип небажаної поведінки)	
Володіння вербальними ( мовними) засобами спілкування( розуміння оберненої мови, мовний вираз своїх думок, знань, бажань і ін.)	

Навики мовного спілкування (уміння почати бесіду, підтримати її і закінчити)	
Здатність розуміти і адекватно відповідати на прохання, відчуття, вітання, зауваження, заперечення, відхилення.)	
Володіння невербальними засобами спілкування (ілюстрації, символи, піктограми, міміка, мова тіла, торкання і ін.)	
Поведінка, спілкування і взаємодія з людьми різного віку (молодшими, однолітками, старшими) і статті.	
	Дата
	Підпис

### 6.1.2. Результати обстеження та рекомендації спеціалістів

#### Практичний психолог

\_\_\_\_\_

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Логопед

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Вихователь(вчитель - реабілітолог) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата, підпис \_\_\_\_\_

### 6.1.3. Висновок

Початковий рівень включеності до суспільства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6.2. Основні напрямки роботи

З дитиною

\_\_\_\_\_

З батьками

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

### 6.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення якості включеності (адаптованості) до суспільства

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Самооцінка:										
свої зовнішності, віку										
можливостей, здібностей										
творчих схильностей, рис характеру і ін.										
2. Усвідомлення свого «Я»:										
«Я- минуле – яким я був»										
«Я- сьогодні – який я зараз»										
«Я- майбутнє – яким я хочу стати»										
3. Відношенні до себе										
4. Здатність організувати своє особисте життя										
5. Характер співіснування з іншими людьми (поведінка, спілкування, взаємодія):										
у сім'ї										
з сусідами і знайомими										
6. Поведінка, спілкування і взаємодія в групі:										
із значущими дорослими										
з учасниками групи										
7. Володіння вербальними засобами спілкування										
8. Навики мовного спілкування										
9. Здатність розуміти і адекватно відповідати на прохання, відчуття, вітання, зауваження, заперечення, відхилення та ін.)										
10. Володіння невербальними засобами спілкування для встановлення комунікативного контакту.										
11. Поведінка, спілкування і взаємодія з людьми в різних життєвих ситуаціях:										
у гостях										
в музеї, кінотеатрі та ін..										
при проїзді в транспорті										
в крамниці										
в перукарні										
у лікаря										
12. Поведінка, спілкування і взаємодія з людьми різного віку і статті:										
молодшими										
однолітками										
старшими										

з дівчинкою																				
з дівчиною																				
з жінкою																				
з бабусею																				
з хлопчиком																				
з хлопцем																				
з чоловіком																				
з дідусям																				
Рівень																				

*Умовні позначки:*

Значні позитивні зміни:

(зелений)

Достатні позитивні зміни:

(блакитний)

Незначні позитивні зміни:

(жовтий)

Немає позитивних змін:

(оранжевий)

Негативні зміни:

(червоний)

#### **6.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)**

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---

2-й місяць

---

3-й місяць

---

4-й місяць

---

5-й місяць

---

6-й місяць

---

7-й місяць

---

8-й місяць

---

9-й місяць

---

---

10-й місяць

---

---

### 6.5. Загальна характеристика змін якості включеності (адаптованості) до суспільства

Дитина	Батьки	Фахівці
Які відбулися позитивні зміни?		
Які проблеми не вдалося вирішити?		
Які подальші напрямки роботи?		

## 7. Емоційне здоров'я

### 7.1. Початковий(актуальний) рівень емоційного здоров'я

#### 7.1.1. Оцінка батьками, і дитиною(по можливості віку та розвитку)

Дитина	Батьки
Розуміння своїх почуттів та адекватності їх вираження вербальними ( мовними) та невербальними (ілюстрації, символи, піктограми, міміка, мова тіла і ін.)засобами	
Розуміння емоційних станів інших людей та врахування цих знань в своїй поведінці (адекватність реакції)	
Настрій, предмети інтересу	
Переважаючі емоції у відношенні з людьми: рідними; близького оточення(сусіди, група); незнайомими	
Ініціативність в поведінці, спілкуванні, взаємодії	
Самоконтроль і саморегуляція поведінки(спосіб регуляції, зриви)	
	Дата
	Підпис

7.1.2. Результати обстеження та рекомендації спеціалістів

Практичний психолог

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

Вихователь(вчитель - реабілітолог)

---

---

Дата, підпис \_\_\_\_\_

7.1.3. Висновок

Початковий рівень емоційного здоров'я \_\_\_\_\_

**7.2. Основні напрямки роботи**

З дитиною

---

---

З батьками

---

---

Дата \_\_\_\_\_ Підписи спеціалістів \_\_\_\_\_

**7.3. Програма узгоджених дій дитини, фахівця і батьків щодо поліпшення емоційного**

Дата		Результативність
Проблема (задача)		
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата
Проблема (задача)		Результативність
Дії дитини		
Дії спеціаліста		
Дії батьків		
Дата		Дата

## 7.4. Динаміка зміни емоційного здоров'я

### 7.4.1. Оцінка змін.

	Місяці реабілітації									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Емоційно-психічна організація особистості (за результатами дослідження психолога)										
2. Розуміння своїх почуттів та адекватності їх вираження вербальними (мовними) засобами										
3. Розуміння своїх почуттів та адекватності їх вираження невербальними (ілюстрації, символи, піктограми, міміка, мова тіла і ін.) засобами										
4. Розуміння емоційних станів інших людей та врахування цих знань в своїй поведінці (адекватність реакції)										
5. Переважаючі емоції у відношенні з людьми:										
рідними										
близького оточення(сусіди, група)										
незнайомими										
6. Ініціативність в поведінці, спілкуванні, взаємодії										
7. Самоконтроль і саморегуляція поведінки										
Рівень										

*Умовні позначки:*

- Значні позитивні зміни:  (зелений)  
 Достатні позитивні зміни:  (блакитний)  
 Незначні позитивні зміни:  (жовтий)  
 Немає позитивних змін:  (оранжевий)  
 Негативні зміни:  (червоний)

### 7.4.2. Щоденник спостережень (характеристика якісних змін)

Стисло фіксуються позитивні зміни кожного місяця та проблеми над котрими треба працювати.

1-й місяць

---



---

2-й місяць

---



---

3-й місяць

---



---

4-й місяць

---



---

5-й місяць

---

---

6-й місяць

---

---

7-й місяць

---

---

8-й місяць

---

---

9-й місяць

---

---

10-й місяць

---

---

Дитина	Батьки	Фахівці
	Які відбулися позитивні зміни?	
	Які проблеми не вдалося вирішити?	
	Які подальші напрямки роботи?	

Навчальне видання

**СЕРБОВА ОЛЬГА**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА  
РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ  
ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ**

*Навчальний посібник*

Компютерна верстка  
та дизайн обкладинки *Бабинець Н. А.*

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 15,9  
Наклад 100 пр. Зам. №

*Видавець і виготовлювач ТОВ «Талком»  
03115, м. Київ, вул. Львівська, 23,  
тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26  
E-mail: [ukraina.vdk@email.ua](mailto:ukraina.vdk@email.ua)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 4538 від 07.05.2013*