



Hope & Homes for Children



ПРОГРАМА ПІДГОТОВКИ КАНДИДАТІВ У ПРИЙОМНІ БАТЬКИ ТА БАТЬКИ-ВИХОВАТЕЛІ ДО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

(35 навчальних годин)



Київ-2011

**ПРОГРАМА ПІДГОТОВКИ КАНДИДАТІВ У
ПРИЙОМНІ БАТЬКИ
ТА БАТЬКИ-ВИХОВАТЕЛІ ДО
ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ
(35 навчальних годин)**

Підготовка та видання навчальної програми здійснені Представництвом благодійної організації «Надія і житло для дітей» в Україні у рамках проекту «Навчальна програма з підготовки прийомних батьків та батьків-вихователів до виховання дітей з функціональними обмеженнями» за підтримки Мережі нідерландських благодійних фондів для Центральної та Східної Європи у партнерстві з Карпатським Фондом «Україна» у рамках Програми соціальних перетворень.

Укладачі:

- Пилягіна Г.Я.** професор, доктор медичних наук, кафедра дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
- Кравченко Р.І.** виконавчий директор Всеукраїнської громадської організації "Коаліція захисту прав інвалідів та осіб із інтелектуальною недостатністю"
- Маруда О.Г.** завідувача відділенням соціально-побутової адаптації Центру трудової реабілітації розумово відсталих інвалідів, м. Київ
- Міщук Т.М.** дитячий невролог навчально-реабілітаційного центру "Джерело", м. Львів
- Полозюк О.М.** провідний спеціаліст відділу інформаційно-методичного забезпечення Всеукраїнського громадсько-політичного об'єднання "Національна асамблея інвалідів України"
- Постолюк Г.І.** директор ПБО "Надія і житло для дітей" в Україні
- Татарчук Н.В.** заступник директора ПБО "Надія і житло для дітей" в Україні
- Герасимчук Ф.М.** менеджер з адміністративних питань ПБО "Надія і житло для дітей" в Україні
- Бервено Н. О.** психолог ПБО "Надія і житло для дітей" в Україні

Рецензенти:

- Карагодіна О. Г.** доктор медичних наук, професор
- Зінченко А. Г.** кандидат історичних наук

Навчальна програма «Підготовка кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі до виховання дітей з інвалідністю» призначена для проведення навчання кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі, які планують взяти на виховання дітей з інвалідністю з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Програма містить тематичний план та матеріали з питань особливостей виховання і догляду за дітьми з особливими потребами, психолого-педагогічних аспектів функціонування сімей, які беруть на виховання таких дітей.

Програма розрахована на спеціалістів соціальної сфери, які розвивають сімейні форми виховання, прийомних батьків, батьків-вихователів, психологів, лікарів та всіх тих, хто займається вихованням дітей. Матеріали програми також можуть бути використані при підготовці студентів за спеціальностями «Психологія», «Соціальна робота» та «Соціальна педагогіка».

ЗМІСТ

Передмова.....	5
Програма «Підготовка кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі до виховання дітей з інвалідністю». Загальні положення.....	6
Тематичний план. Розподіл навчального часу за модулями.....	8
Зміст програми	
Модуль 1. Захист прав дітей з інвалідністю та адвокатування	
Тема 1.1 Поняття «інвалідність». Гідність і цінність життя людини з інвалідністю.....	9
Тема 1.2 Якість життя дитини з інвалідністю. Концепція нормалізації за Б. Нір'є.....	10
Тема 1.3 Нормативно-правова база та інструменти реалізації державної політики підтримки сімей, які виховують дітей з інвалідністю.....	11
Модуль 2. Особливості догляду та надання медичних послуг дітям з інвалідністю	
Тема 2.1 Причини та наслідки інвалідизації.....	14
Тема 2.2 Особливості догляду дітей з інвалідністю в сім'ї та вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям дитини.....	15
Модуль 3. Психолого-педагогічна підтримка дітей з інвалідністю	
Тема 3.1 Вплив інвалідності на розвиток особистості дитини.....	17
Тема 3.2 Життєві етапи розвитку дитини з інвалідністю.....	18
Тема 3.3 Організація життя дітей з інвалідністю в родині: структурування часу й простору, вироблення адаптивних навичок і позитивних стереотипів безпечної поведінки у таких дітей.....	19
Модуль 4. Соціально-психологічні аспекти функціонування сім'ї, яка взяла на виховання дитину з інвалідністю	
Тема 4.1 Функціонування родини, дитячо-батьківські відносини та їх особливості при влаштуванні в сім'ю дитини з інвалідністю.....	21
Тема 4.2 Психологічна підготовка сім'ї і найближчого оточення до приходу в сім'ю дитини з інвалідністю та особливості входження, адаптації такої дитини до родини.....	22
Тема 4.3 Особливості відносин у родині з приходом у сім'ю дитини з інвалідністю. Додаткове навантаження на батьків, які виховують дитину з інвалідністю.....	22
Тема 4.4 Ризики виникнення синдрому емоційного вигорання у батьків-вихователів та прийомних батьків і способи його профілактики.....	23
Додаткова інформація щодо впровадження програми	
Додатки до теми 1.1	
Додаток 1 Визначення інвалідності.....	25
Додаток 2 Конвенція ООН про права інвалідів.....	29
Додатки до теми 1.2	
Додаток 1 Принципи нормалізації концепції за Б. Нір'є.....	51
Додаток 2 Концепція нормалізації, холістичний підхід.....	54
Додатки до теми 1.3	
Додаток 1 Роль системи охорони здоров'я у визначенні інвалідності та отриманні державної допомоги.....	56
Додаток 2 Види державної допомоги дитині у зв'язку з її інвалідністю.....	58
Додаток 3 Пам'ятка батькам дитини-інваліда.....	61
Додаток 4 Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення.....	65
Додаток 5 Питання освіти дитини з інвалідністю. Нормативно-правові акти України у сфері освіти та з питань інвалідів (щодо реалізації права на освіту).....	68
Додаток 6 Перелік нормативно-правових актів, які визначають права дітей з інвалідністю у галузі освіти.....	72

Додаток 7	Індивідуальна програма реабілітації дитини з інвалідністю. Нормативні документи.....	74
Додатки до теми 2.1		
Додаток 1	Основні етапи і характеристики розвитку дитини.....	84
Додаток 2	Загальна інформація щодо найпоширеніших порушень та захворювань, що призводять до інвалідизації у дитячому віці.....	94
Додаток 3	Загальні характеристики, причини та наслідки інвалідизації у світі та Україні.....	103
Додаток 4	Алгоритм дій батьків при наявності у дитини функціональних обмежень.....	106
Додатки до теми 2.2		
Додаток 1	Анкета для батьків з приводу порушень і функціональних обмежень у дитини.....	110
Додаток 2	Шляхи подолання труднощів, пов'язаних зі здоров'ям дитини.....	119
Додаток 3	Кондуктивна педагогіка.....	122
Додатки до теми 3.1		
Додаток 1	Етапні, вікові особливості психофізичного і психологічного розвитку дитини.....	127
Додаток 2	Піраміда потреб А. Маслоу, з огляду на наявність у дитини функціональних обмежень.....	151
Додаток 3	Проблеми розвитку дитини з функціональними обмеженнями.....	152
Додаток 4	Що потрібно знати про затримку психічного розвитку у дитини.....	155
Додаток 5	Вплив інвалідизуючого фактора та усвідомлення його наявності.....	171
Додатки до теми 3.2		
Додаток 1	Визначення основних складових повноцінного стилю життя.....	173
Додатки до теми 3.3		
Додаток 1	Основні напрямки виховання та розвитку дитини з інвалідністю в сім'ї з точки зору нормалізації життя, організації простору та часу в її побуті.....	175
Додаток 2	Вироблення адаптивних навичок поведінки.....	177
Додаток 3	Позитивні стереотипи безпечної поведінки.....	181
Додаток 4	Дидактичні ігри в роботі з дітьми з інвалідністю.....	186
Додатки до теми 4.1		
Додаток 1	Сім'я як соціально-педагогічне середовище.....	188
Додаток 2	Характер функціонування родини та вплив стосунків у родині на розвиток дитини з інвалідністю.....	189
Додаток 3	Ставлення батьків до дитини з інвалідністю.....	192
Додаток 4	Теорія прихильності.....	196
Додатки до теми 4.2		
Додаток 1	Входження дитини з інвалідністю до нової родини.....	199
Додаток 2	Процес адаптації дитини в новій родині.....	201
Додатки до теми 4.3		
Додаток 1	Особливості дитячо-батьківських відносин у родині.....	202
Додаток 2	Проблеми, що виникають у відносинах батьків із дітьми.....	207
Додаток 3	Додаткове навантаження на батьків, які виховують дитину з інвалідністю.....	209
Додаток 4	Школа виживання для прийомних батьків.....	211
Додатки до теми 4.4		
Додаток 1	Синдром емоційного вигорання.....	212

Передмова

Створення, розвиток і підтримка сімейних форм виховання – це напрямок, за яким ПБО «Надія і житло для дітей» в Україні працює, починаючи з 1998 року.

За ці роки Представництво створило й підтримало 65 родин у 13-ти регіонах України. Наша робота була націлена на підбір і підготовку потенційних сімей для створення дитячих будинків сімейного типу, придбання та облаштування житлових будинків для них, забезпечення дієвого соціального супроводу через проведення спільних навчань для батьків-вихователів і соціальних працівників, проведення моніторингу умов утримання й виховання дітей у наших родин, лобіювання інтересів дітей та сімей на рівні місцевих і центральних органів виконавчої влади, відпрацювання пропозицій щодо поліпшення нормативних та законодавчих документів, що регламентують діяльність сімейних форм виховання, створення груп взаємопідтримки для батьків-вихователів і прийомних батьків та ін.

Серед 65-ти дитячих будинків сімейного типу, з якими ми співпрацюємо протягом багатьох років, більше 20-ти сімей виховують дітей з інвалідністю. Саме допомога цим сім'ям у напрямку соціалізації дітей, надання психологічних і юридичних консультацій, пошук реабілітаційних центрів та коштів для проходження лікування, придбання медпрепаратів – усе це дало змогу «доторкнутися» до цілого комплексу труднощів, з якими стикаються сім'ї, і зрозуміти, наскільки необхідна психологічна готовність, інформаційна та юридична обізнаність батьків на етапі прийняття рішення про взяття дитини з інвалідністю до себе в сім'ю.

Ця програма підготовлена в рамках проекту «Навчальна програма з підготовки прийомних батьків та батьків-вихователів до виховання дітей із функціональними обмеженнями», що реалізовувався ПБО «Надія і житло для дітей» в Україні у 2011 році за фінансової підтримки Мережі нідерландських благодійних фондів для Центральної та Східної Європи у партнерстві з Карпатським фондом Україна у співпраці з Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді.

Під час підготовки матеріалів було враховано кращий досвід роботи організацій (Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» м. Львів, Благодійне товариство захисту прав інвалідів та осіб із інтелектуальною недостатністю «Джерела» м. Київ), які тривалий час працюють у сфері захисту прав дітей-інвалідів та їх сімей.

Структуру програми, хід її впровадження, теоретичні й практичні матеріали до модулів розроблені командою тренерів, до складу якої увійшли: Пілягіна Г.Я., Міщук Т.М., Кравченко Р.І., Маруда О.Г., Полозюк О.М.

Програма апробована під час тренінгів, проведених з метою підготовки батьків-вихователів та прийомних батьків до виховання дітей з інвалідністю. Усього пройшла навчання 21 особа – це батьки-вихователі дитячих будинків сімейного типу і прийомні батьки з 8-ми областей України. Серед них були як батьки, які тільки готувалися до прийняття неповносправних дітей до себе в родини, так і ті, які мають дуже великий досвід виховання дітей з інвалідністю.

Ми вдячні всім учасникам тренінгів за активну участь в обговоренні програми та опрацюванні практичних частин навчальних модулів. Саме практичний досвід батьків у вихованні дітей став основою підготовленої програми.

Директор Представництва благодійної організації
«Надія і житло для дітей» в Україні
Галина Постолюк

ПРОГРАМА
«Підготовка кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі
до виховання дітей з інвалідністю»

Загальні положення

Створення прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу передбачає обов'язковість навчання кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі. Програма підготовки кандидатів в опікуни, піклувальники, прийомні батьки та батьки-вихователі містить базові знання щодо державної системи влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, порядку встановлення опіки, піклування, створення та функціонування прийомних сімей і дитячих будинків сімейного типу, особливостей розвитку й поведінки дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, специфіки входження дитини в сім'ю, рівнів адаптації сім'ї та дитини, особливостей виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, взаємодії батьків і соціального працівника в ході соціального супроводження сім'ї, тощо.

Навчання за цією програмою є обов'язковим для всіх, хто прийняв рішення взяти на виховання у свою родину дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування. Проте, якщо сім'я прийняла рішення виховувати дитину з інвалідністю, їй необхідні додаткові знання щодо можливих особливостей, складнощів та організаційних питань, які можуть виникнути на цьому шляху. Всім тим, хто виховує або здійснює догляд та підтримку таких дітей, необхідна додаткова інформація з усіх цих питань. Крім того, важливою є інформація про соціальний та правовий захист сімей, які виховують дітей з інвалідністю.

Кожна дитина, незалежно від її функціональних можливостей, це насамперед – дитина. Вона потребує догляду і турботи, але найперше – батьківської любові. Виховання дитини з інвалідністю має певні особливості. З огляду на характер функціональних обмежень, її виховання та догляд за нею мають суттєві відмінності. Безумовно, ці особливості, що викликають потребу адекватного лікування чи реабілітації й соціалізації, надзвичайно важливі, однак турбота і доброзичливе ставлення оточуючих до дитини з інвалідністю є не менш важливою складовою довготривалого і повноцінного життя такої дитини.

Навчальна програма «Підготовка кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі до виховання дітей з інвалідністю» призначена для навчання тих, хто приймає рішення виховувати таких дітей: для батьків-вихователів, прийомних батьків, опікунів, усиновителів та буде корисна для всіх, перед ким життя поставило виклик виховувати дитину-інваліда. Навчання батьків-вихователів та прийомних батьків за цією програмою доцільно проводити після проходження ними навчання за базовою, обов'язковою програмою.

Мета програми: ознайомлення слухачів – майбутніх батьків (батьків-вихователів, прийомних батьків) з основами нормативно-правової бази щодо регламентування державної підтримки дітей (людей) з інвалідністю; організаційними, медичними, психологічними та соціально-педагогічними питаннями, знаннями з методів і форм виховання та підтримки дитини з інвалідністю задля забезпечення максимального розвитку її потенціалу й інтеграції в суспільство, а також особливостями батьківства, становлення родини при вході до неї дитини з інвалідністю.

У змісті програми висвітлені всі теми модулів, що до неї включені. У додатках та рекомендованій до ознайомлення літературі викладено інформаційні матеріали (нормативно-правові документи, статті, матеріали до підготовки інтерактивних лекцій), як для вивчення спеціалістами, які будуть проводити навчання, так і для самостійного освоєння майбутніми батьками.

Програма складається із чотирьох окремих модулів, що розкривають основні питання, з якими доцільно ознайомити майбутніх батьків при вході до родини дитини з інвалідністю.

Після проходження навчання батьки (прийомні батьки, батьки-вихователі) поглиблюють знання про: особливості життя дітей з інвалідністю; підходи, методи та форми роботи з питань виховання, догляду й підтримки таких дітей; особливості батьківства при вході до родини дитини з інвалідністю.

Майбутні батьки удосконалюють уміння та навички: використовувати різноманітні підходи з питань виховання і догляду дітей з інвалідністю; якісно здійснювати їх догляд та психологічну і соціальну підтримку; аналізувати різноманітні аспекти життя дітей з інвалідністю (правові, медичні, психолого-педагогічні).

У програмі передбачено використання широкого спектру різних форм, методів і технік активного навчання слухачів – майбутніх батьків – з метою якісного засвоєння інформації та відпрацювання необхідних знань і навичок, а також їх безпосереднього використання на практиці. Зокрема, це – міні-лекції, інтерактивні дискусії, робота в групах, рольові ігри, аналіз ситуацій, тощо.

Найкращим варіантом втілення програми є проведення тренінгу-семінару за участю майбутніх батьків (батьків-вихователів, прийомних батьків), які готуються до прийняття в родину дитини з інвалідністю.

Такий тренінг-семінар може бути проведений одноразово з викладанням усіх навчальних годин чи складатися з двох або декількох тренінгів (наприклад, один день щотижня), виходячи з можливостей організації, що його проводитиме.

При проведенні тренінгу потрібно застосовувати стандартні процедури, що налаштовують групу на роботу, зокрема – процедуру знайомства, постановки завдань на весь тренінг чи кожний день та зворотного зв'язку. Розташування модулів чи окремих їх частин у конкретному тренінгу не є принциповим, але досвід проведення такого навчання доводить, що наведена послідовність модулів якнайкраще відображає необхідну черговість надання інформації.

Дуже важливо при висвітленні тем модуля 1 залучати юриста чи фахівця із соціальної роботи; модуля 2 – лікарів (дитячого психіатра, дитячого невролога, педіатра), які можуть надати відповідну інформацію з фахових позицій; модуля 3 – психолога та соціального педагога; модуля 4 – психолога.

Навчання необхідно здійснювати, враховуючи основні принципи групової роботи, використовуючи інтерактивні форми навчання: дискусії, мозковий штурм, рольові ігри, тощо. Залучення учасників до обговорення питань щодо власного досвіду дасть можливість тренерам зрозуміти потреби саме присутніх батьків, а також надавати інформацію у найбільш зрозумілій для учасників формі. Тому потрібно стимулювати відверті висловлювання учасників, але при цьому ретельно регламентувати процес обговорення. Також важливими для засвоєння матеріалу й активної роботи аудиторії є можливість висвітлення учасниками власних прикладів батьківства (відносин з дітьми - рідними чи прийомними, проблем та досягнень). Таке обговорення дасть можливість учасникам обмінюватися досвідом та моделювати на реальних прикладах отримані знання.

Цілісність і спрямованість програми є найкращим забезпеченням інтересів дитини з інвалідністю при її вході до нової родини.

Разом час навчання за програмою складає 35 год.

Тематичний план. Розподіл навчального часу за модулями

№	Назва модулів та основні питання роботи	Орієнтовний час роботи
Модуль 1. Захист прав дітей з інвалідністю та адвокатування		
Тема 1.1	Поняття «інвалідність». Гідність і цінність життя людини з інвалідністю.	2 години
Тема 1.2	Якість життя дитини з інвалідністю. Концепція нормалізації за Б. Нір'є.	1 година
Тема 1.3	Нормативно-правова база та інструменти реалізації державної політики підтримки сімей, які виховують дітей з інвалідністю.	2 години
Разом		5 годин
Модуль 2. Особливості догляду та надання медичних послуг дітям з інвалідністю		
Тема 2.1	Причини та наслідки інвалідизації.	6 годин
Тема 2.2	Особливості догляду дітей з інвалідністю в сім'ї та вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям дитини.	4 години
Разом		10 годин
Модуль 3. Психолого-педагогічна підтримка дітей з інвалідністю		
Тема 3.1	Вплив інвалідності на розвиток особистості дитини.	4 години
Тема 3.2	Життєві етапи розвитку дитини з інвалідністю.	1 година
Тема 3.3	Організація життя дітей з інвалідністю в родині: структурування часу й простору, вироблення адаптивних навичок і позитивних стереотипів безпечної поведінки у таких дітей.	2 години
Разом		7 годин
Модуль 4. Соціально-психологічні аспекти функціонування сім'ї, яка взяла на виховання дитину з інвалідністю		
Тема 4.1	Функціонування родини, дитячо-батьківські відносини та їх особливості при приході в сім'ю дитини з інвалідністю.	4 години
Тема 4.2	Психологічна підготовка сім'ї і найближчого оточення до приходу в сім'ю дитини з інвалідністю. Вироблення позитивних стереотипів у вихованні дитини з інвалідністю.	3 години
Тема 4.3	Особливості відносин у родині з приходом у сім'ю дитини з інвалідністю. Додаткове навантаження на батьків, які виховують дитину з інвалідністю.	3 години
Тема 4.4	Ризики виникнення синдрому «вигорання» у батьків-вихователів та прийомних батьків і способи його профілактики.	3 години
Разом		13 годин
Усього – 35 годин		

Зміст програми

Модуль 1. Захист прав дітей з інвалідністю та адвокатування

Тема 1.1. Поняття «інвалідність». Гідність і цінність життя людини з інвалідністю.

Мета: ознайомлення з поняттями «особа з інвалідністю», «інвалідність» та значенням явища інвалідності для суспільства, ознайомлення з особливостями перехідного періоду в Україні, коли держава і суспільство переходять від біологічної моделі визначення інвалідності до соціальної і відповідним чином змінює ставлення та організацію системи допомоги. Спрямування потенційних прийомних батьків та батьків-вихователів на виконання важливої суспільної місії із забезпечення дитини з інвалідністю сімейним затишком, турботою, розвиток її потенціалу і включенням до громади. Сприяння усвідомленню батьками їхнього внеску до загальних змін суспільних стереотипів у ставленні до людей з інвалідністю.

Приблизний час: 2 години.

План

1. Визначення інвалідності.
2. Значення явища інвалідності для суспільства.
3. Гідність і цінність життя людини з інвалідністю.

Хід проведення:

1. Ознайомити слухачів із визначенням поняття «інвалід» за Конвенцією ООН про права інвалідів (див. додаток 1 до теми 1.1).

2. У груповій дискусії:

- обговорити нове для учасників тлумачення поняття «інвалід»;
- висловити свою думку щодо наведеного переліку із чотирьох груп розладів, які призводять до інвалідності (порівняти з попередньою «дотренінговою» думкою учасників щодо типів захворювань, які призводять до інвалідності);
- надати власні припущення стосовно бар'єрів, які заважають повній та ефективній участі у житті суспільства;
- пояснити, як діти можуть «повною мірою і ефективно брати участь у житті суспільства нарівні з іншими»;
- визначити перелік розладів, які призводять до інвалідності;
- обговорити питання про суспільні бар'єри щодо участі дітей з інвалідністю у житті суспільства.

3. Ознайомити слухачів з визначенням понять «інвалід», «інвалідність», «обмеження життєдіяльності», «медико-соціальна експертиза» за Законами України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та «Про реабілітацію інвалідів в Україні» й обговорити:

- яке визначення поняття «інвалідність» їм імпонує більше – впроваджене у 2010 році за Конвенцією ООН про права інвалідів чи традиційне для національного законодавства,
- з огляду на досвід власного попереднього знайомства з випадками інвалідності, яке визначення більш точно описує їхнє сприйняття інвалідності.

4. Демонстрація документального фільму «Бачити людину»* (автор О.Романчук, режисер та оператор Л. Вежбинський, 2011р.) або інших відеоматеріалів за тематикою. У груповій дискусії обговорити:

- яким чином актуалізація (вивчення та урахування) проблем інвалідності позитивно впливає на стратегії сталого розвитку людства;
- яким саме є нинішній потенційний внесок інвалідів у загальний добробут та багатоманітність їхніх місцевих товариств (громад) і чому його вважають цінним.

5. Ознайомити учасників з пунктом «а» Конвенції ООН про права інвалідів «нагадуючи про проголошені в Статуті ООН принципи, у яких достоїнство й цінність,

* доступно з сайту <http://www.youtube.com/watch?v=aO771cwK1Yc>

притаманні всім членам людської сім'ї, і рівні та невід'ємні їхні права визнаються за основу свободи, справедливості й загального миру» (див. додаток 2 до теми 1.1). Обговорити: завдяки яким чинникам та обставинам достоїнство і цінність осіб з інвалідністю є основою свободи, справедливості й загального миру.

6. У груповій дискусії висловити всі можливі ідеї стосовно цінностей, якими доцільно керуватися у ставленні до осіб з інвалідністю, та критеріїв практичного втілення цих принципів. Наприклад: цінність «повага до приватного життя», то критерії виконання – створення можливості для усамітнення дитини, ведення приватних записів, телефонних чи електронних перемовин за бажанням дитини без втручання дорослого, тощо.

Очікувані результати: знання і розуміння поняття «інвалід», значення явища інвалідності для суспільства, формування в учасників поваги до життя та особистості дитини з інвалідністю.

Список літератури та посилань:

1. Закон України № 1767-VI «Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї» – Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 9, ст. 77.
2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» – ВР УРСР № 875-XII від 21.03.91//<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/875-12>
3. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» – Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, № 2-3, ст. 36//<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

Тема 1.2. Якість життя дитини з інвалідністю. Концепція нормалізації за Б. Нір'є.

Мета: усвідомлення прийомними батьками та батьками-вихователями необхідності враховування показників якості життя при плануванні щоденної діяльності дітей з інвалідністю та ознайомлення з принципами концепції нормалізації за Б. Нір'є, відпрацювання навичок організації щоденного життя дитини з дотриманням принципів нормалізації.

План

1. Поняття «якість життя дитини з інвалідністю».
2. Концепція нормалізації за Б. Нір'є.

Приблизний час: 1 година.

Хід проведення:

1. У груповій дискусії обговорити визначення поняття якості життя. Учасники пропонують власне визначення якості життя, вся група або заперечує, або погоджується.
2. Ознайомлення з визначенням критеріїв та базових показників якості життя за Шелоком*.
3. У груповій дискусії:
 - а) визначити, на які критерії якості життя дитини з інвалідністю прийомні батьки та батьки-вихователі можуть впливати, а на які критерії якості життя впливають лише зовнішні чинники;
 - б) проаналізувати, яким чином можна поліпшити показники якості життя, визначити які саме залежать від прийомних батьків та батьків-вихователів;
 - в) визначити ефективність і реалістичність запропонованих шляхів підвищення якості життя дитини з інвалідністю, які можуть бути використані прийомними батьками та батьками-вихователями.
4. Ознайомити з принципами концепції нормалізації за Б. Нір'є у формі міні-лекції (див. додатки 1 і 2 до теми 1.2).
5. У груповій дискусії обговорити, як організувати щоденне життя дитини з дотриманням принципів нормалізації. Навести декілька практичних прикладів

виховних моментів, які сприяють нормалізації дитини, незважаючи на особливості стану її здоров'я та прикладів тих обставин чи прийомів виховання, які суперечать принципам нормалізації, щодо кожного з восьми компонентів нормалізації.

Очікувані результати: знання й розуміння понять «якість життя дитини з інвалідністю», ознайомлення з принципами концепції нормалізації за Б. Нір'є, оволодіння навичками організації щоденного життя дитини з інвалідністю з дотриманням принципів нормалізації.

Список літератури та посилань:

1. Збірник державних стандартів соціальних послуг з реабілітації/абілітації інвалідів, дітей-інвалідів та осіб з розумовою відсталістю. – Суми: Університетська книга, – 2009. – 92 с.
2. Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина. Социальная работа. – СПб: Питер, 2004. – 316 с.
3. Мушкевич М., Корпач К. Концептуальні підходи вивчення феномену якості життя та його оцінки // http://www.social-science.com.ua/jornal_content/535/
4. Sherlock P.V. Center on Disabilities. Functional Analysis Manual // <http://www.ric.edu/sherlockcenter/publications/Func%20Analysis%20Manual.pdf>

Тема 1.3. Нормативно-правова база та інструменти реалізації державної політики підтримки сімей, які виховують дітей з інвалідністю.

Мета: ознайомлення з основним переліком державних гарантій щодо пільг, видів грошової допомоги, послуг для дітей з інвалідністю та родин, які їх виховують, а також з особливостями їх забезпечення в Україні.

План

1. Державна допомога і соціальні гарантії сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю.
2. Право дітей з інвалідністю на освіту.
3. Індивідуальна програма реабілітації дитини з інвалідністю.

Приблизний час: 2 години.

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо державних гарантій у сфері охорони здоров'я та соціального захисту у формі міні-лекції «Роль системи охорони здоров'я у визначенні інвалідності та отриманні державної допомоги» (див. додаток 1 до теми 1.3). У груповій дискусії обговорити ситуації, за яких виникає потреба у зверненні до органів і закладів охорони здоров'я, та алгоритм отримання допомоги в кожному конкретному випадку, а також визначити оптимальний алгоритм дій батьків для розв'язання проблеми, що виникла.

2. Ознайомити з таблицею «Види державної допомоги дітям з інвалідністю» і пам'яткою для батьків дитини з інвалідністю (див. додатки 2 і 3 до теми 1.3). У груповій дискусії обговорити можливі оптимальні шляхи отримання та поновлення інформації про чинні види державної допомоги. Уточнити адреси й телефони яких установ повинні мати батьки дітей з інвалідністю у власній телефонній книзі та які документи про дитину, що виховується, доцільно копіювати і зберігати в окремій теці, присвяченій проблемам дитини

3. Надати слухачам інформацію щодо державних гарантій отримання дітьми з інвалідністю освіти, зокрема ознайомити зі статтею «Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення» (див. додаток 4 до теми 1.3).

4. Ознайомити із чинними нормативно-правовими документами, що регламентують державні гарантії на отримання освіти, та можливими джерелами отримання такої інформації (див. додатки 5 і 6 до теми 1.3).

5. У груповій дискусії обговорити тему: «Критерії вибору системи навчання: інклюзивна, спеціальна освіта чи індивідуальне навчання». Проаналізувати три наявні в Україні форми навчання дітей з інвалідністю за програмою середньої школи, визначити переваги та недоліки кожної форми навчання з урахуванням наявності фізичних чи/та психічних порушень у дитини, а також для родини, у якій дитина живе чи буде жити.

6. Ознайомити слухачів із наказом Міністерства охорони здоров'я від 08.10.2007 р. за № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» (див. додаток 7 до теми 1.3).

7. Робота в малих групах. Учасників об'єднують в групи по 4–6 осіб і розробляють власну версію індивідуальної програми реабілітації (ІПР) для таких випадків:

- Випадок 1: хлопчик віком вісім років, основний діагноз – дитячий церебральний параліч (ДЦП), пересувається на візку, супутній діагноз – серцева недостатність, живе в селі з мамою, старшим братом, бабусею і дідусем.
- Випадок 2: дівчинка віком 15 років, має інвалідність через вади зору, супутній діагноз: дуоденіт, живе в місті Києві, навчається у спеціальній школі-інтернаті для дітей з вадами зору.
- Випадок 3: хлопчик віком шість років, основний діагноз: розумова відсталість помірного ступеня, супутні діагнози: епілепсія, розлади поведінки (некерована поведінка), живе з бабусею-пенсіонеркою (батька немає, мати виїхала на заробітки за кордон).

Також можна підготувати попередній варіант ІПР для конкретної дитини відомої одному з учасників.

Представник кожної малої групи не лише представляє розроблену власну версію ІПР, але і розповідає про труднощі, з якими зіткнулася група в ході роботи та про питання, які залишилися нез'ясованими, а також про те, з яких джерел група сподівається отримати відповіді на такі запитання. Питання, що виникли, обговорюється в груповій дискусії.

Очікувані результати: знання видів державної допомоги і державних гарантій для дітей з інвалідністю, отримання навичок складання й використання індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю.

Список літератури та посилань:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.12.2001 за № 482, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 10.01 січня 2002 р. за № 11/6299 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років».
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 № 454/471/516 зареєстрований у Міністерстві юстиції України 26.12.2001 за № 1073/6264 «Перелік медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років».
3. Закон України від 06.10.2005 року № 2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні», зі змінами та доповненнями// <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main>
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда»// <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main...HI40Es80msh8Ie6>
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.04.2003 за № 169, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 16.04.2003 р. за № 308/7629 «Про внесення змін до Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів».

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2007 за № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання».
7. Закон України «Про оздоровлення та відпочинок дітей (змінений, чинна версія від 23.12.2010 року № 2856-VI).
8. Постанова Кабінету Міністрів України від від 03.12.2009 р. № 1345 757 «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками дітей-інвалідів» // <http://zakon1.rada.gov.ua>
9. Колупаєва А. Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення//www.slovyanochka.at.ua
10. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М, 1988. – 128 с.
11. Навчання учнів з важкими розумовими вадами: Посібник для учителів. – Львів, 2001. – 160 с.
12. Смичек А., Швець Й. Індивідуальна освітньо-терапевтична програма // Навчання дітей з важкими розумовими вадами. – Львів, 2001. – 19–29 с.

Модуль 2. Особливості догляду та надання медичних послуг дітям з інвалідністю

Тема 2.1. Причини та наслідки інвалідизації.

Мета: ознайомлення з особливостями розвитку людини в ранньому дитинстві та медичних проблем у дітей з інвалідністю, класифікацією видів інвалідності, переліком найпоширеніших захворювань, що стають причиною інвалідності, отримання досвіду «відчуття інвалідності» (імітація функціональних обмежень при сліпоті, руховій неповносправності, тощо).

Приблизний час: 6 годин.

План

1. Основні етапи та характеристики розвитку людини в ранньому дитинстві.
2. Захворювання нервової системи та психіки, які найчастіше призводять до дитячої інвалідності.
3. Класифікація видів інвалідності.
4. Практичне заняття «Відчуття функціонального обмеження» («Симулятивні окуляри»).

Хід проведення:

1. Надати слухачам у формі інтерактивної лекції інформацію щодо основних етапів і характеристик розвитку дитини в певній сфері: фізичний розвиток, моторний (руховий) розвиток, пізнавальний розвиток, експресивна та рецептивна мова, емоційно-соціальний розвиток, розвиток навичок самообслуговування; опис порушень, наявність яких має насторожувати батьків та скерувати їх до фахівців (див. додаток 1 до теми 2.1).

2. Надати слухачам інформацію щодо ознак порушень, які можуть призвести до інвалідизації дитини, у формі інтерактивної лекції.

3. Надати загальну інформацію щодо характеристики й ознак захворювань нервової системи (дитячий церебральний параліч) та психіки (синдром Дауна, ранній дитячий аутизм), які найчастіше призводять до інвалідності дитини, у формі міні-лекції (див. додаток 2 до теми 2.1).

4. За можливістю доцільно провести демонстрацію відеоматеріалів щодо дітей з різними формами дитячого церебрального паралічу, синдрому Дауна, раннього дитячого аутизму чи інших фізичних або/та психічних порушень (використання відеоматеріалів, що є у вільному Інтернет-доступі і які можуть бути обговорені з учасниками). У ході відеодемонстрацій у груповій дискусії обговорити наступні питання:

- що дитина здатна робити,
- які в неї виникають труднощі,
- як ці труднощі впливають на різні сфери розвитку дитини: руховий, мовний, психічний, соціальний розвиток.

5. У груповій дискусії обговорити наявні випадки існуючих захворювань у дітей слухачів (якщо дитина з інвалідністю вже виховується в родині) зосередивши увагу на труднощах, що виникають у дитини та батьків у зв'язку з наявністю порушень, а також, як дитина й ті, хто її оточуюче, долають ці обмеження.

6. Надати загальну інформацію щодо проблеми інвалідизації, її причин та наслідків у формі міні-лекції.

7. Надати слухачам інформацію стосовно існуючих принципів визначення рівня функціональних обмежень і стійкої непрацездатності (інвалідності) із долученням положень нормативно-правових документів (див. додаток 3 до теми 1.1 і додаток 3 до теми 2.1), а також періодичності оглядів дитини з інвалідністю при визначенні групи інвалідності.

8. Ознайомлення з алгоритмом одержання медичного висновку щодо інвалідності в дитини віком до 18 років (див. додаток 4 до теми 2.1).

9. Робота у групах. Заняття може бути проведене за допомогою спеціального обладнання (симулятивні окуляри, що імітують різні види вад зору), але також із паралельним застосуванням підручних засобів (хустка, мотузка, скотч-стрічка, тощо). Учасники діляться на 2 групи. Перша група учасників зав'язує очі, пробує бавитися чи походити із зав'язаними очима (сліпі). Друга група зав'язує скотчем долоні, пробує щось зробити руками (рухова неповносправність). Потім – обмін завданнями. Після виконання завдання – обговорення:

- Які труднощі відчували?
- Які емоції виникали?
- Якої допомоги потребували?

Очікувані результати: знання і розуміння основних характеристик розвитку людини в ранньому дитинстві, а також загальних і перших ознак найпоширеніших порушень і захворювань, що стають причиною інвалідності у дітей (хвороби нервової системи, психічні захворювання); класифікація видів інвалідності, медичного значення понять інвалід, інвалідність, рівень функціональних обмежень і стійкої непрацездатності (інвалідності); отримання практичного досвіду «відчуття інвалідності».

Список літератури та посилань:

1. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (ст.1) м. Київ, 6 жовтня 2005 року № 2961-IV.
2. Наказ Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності (Інструкція, п.1.1) 07.04.2004 № 183.
3. Система психолого-медико-педагогічних консультацій (ПМПК) // http://www.psyua.com.ua/HTMLs/unmc_cpmpk_systema.html
4. Метод Козязкина – система интенсивной нейрофизиологической реабилитации (Под ред. В.И.Козязкина). – Львов: Дизайн-студия «Папуга», 2011.– 240 с.

Тема 2.2. Особливості догляду дітей з інвалідністю в сім'ї та вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям дитини.

Мета: ознайомлення батьків з принципами розуміння основних засад визначення рівня функціональних обмежень дитини, особливостей догляду дітей з інвалідністю в сім'ї та усвідомлення шляхів і можливостей вирішувати труднощі, пов'язані зі здоров'ям дитини.

Приблизний час: 4 години.

План

1. Аналіз стану здоров'я дитини.
2. Особливості догляду дітей з інвалідністю в сім'ї.

Хід проведення:

1. Ознайомити з можливістю використання анкети батьків з приводу порушень і функціональних обмежень у дитини (див. додаток 1 до теми 2.2).

2. Обговорити у груповій дискусії можливість застосування анкети батьків з приводу порушень і функціональних обмежень у дитини щодо конкретних випадків, які є в учасників (за їх наявністю).

3. Надати слухачам інформацію щодо особливостей догляду дітей з інвалідністю в сім'ї та шляхів і можливостей вирішувати труднощі, пов'язані зі здоров'ям дитини, у формі інтерактивної лекції (див. додатки 2 та 3 до теми 2.2).

4. Обговорити у груповій дискусії питання щодо власного досвіду учасників стосовно оптимальних шляхів задоволення потреб дитини з інвалідністю.

Очікувані результати: актуалізація знань щодо можливості визначення рівня функціональних обмежень дитини, особливостей догляду дітей з інвалідністю, усвідомлення шляхів і можливостей вирішувати труднощі, пов'язані зі здоров'ям дитини.

Список літератури та посилань:

1. Служби раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції. За науковою редакцією Н.А.Бастун, ІКЦ «Леста», Київ-2005.
2. Методика оцінки дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які виховують дітей раннього віку з порушенням психомоторного розвитку. Методичні рекомендації, за редакцією Кукурузи Г.В. Київ-2010.
3. Pierwsze 365 dni życia dziecka. T.Hellbrugge. Warszawa, 1995.
4. Проведення комплексної оцінки потреб дитини в інтернатному закладі. – К., 2006. – С. 19–31.

Модуль 3. Психолого-педагогічна підтримка дітей з інвалідністю**Тема 3.1. Вплив інвалідності на розвиток особистості дитини.**

Мета: ознайомлення з етапними, віковими особливостями психофізичного й психологічного розвитку дитини, а також із базовими потребами, що має дитина з інвалідністю, щоб батьки при задоволенні цих потреб досягали більше успіхів у процесі догляду та виховання, а дитина отримала б кращу якість життя. Усвідомлення причин виникнення, розвитку і проявів функціональних обмежень у дитини та їх впливу на її особистість, психічний і психологічний розвиток. Ознайомлення з особливостями впливу інвалідизуючого фактора на особистісний розвиток дитини, що має психічні та/чи фізичні вади.

Приблизний час: 4 години.

План

1. Етапні (вікові) особливості психофізичного розвитку дитини.
2. Причини виникнення і розвитку функціональних обмежень у дитини, їх прояви та вплив на формування її особистості.
3. Вплив інвалідності на розвиток особистості дитини (соціально-психологічні особливості дітей з інвалідністю).

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо етапних, вікових особливостей психофізичного й психологічного розвитку дитини в ранньому дитинстві у формі інтерактивної лекції (див. додаток 1 до теми 3.1).
2. Обговорити у груповій дискусії питання щодо особливостей психофізичного і психологічного розвитку дитини на основі власного досвіду учасників. У груповій роботі (бажано за допомогою відеоматеріалів) навчитися розпізнавати особливості моторного (рухового), пізнавального та емоційно-соціального розвитку, розвитку експресивної і рецептивної мови, а також навичок самообслуговування.
3. Обговорити у груповій дискусії питання щодо потреб людини (піраміда А. Маслоу) для дорослої людини і дитини, у тому числі дитини з інвалідністю, із визначенням характеристик кожного рівня потреб (див. додаток 2 до теми 3.1).
4. Надати інформацію щодо причин виникнення, розвитку і проявів функціональних обмежень у дитини та їх впливу на розвиток її особистості, психічний і психологічний розвиток у формі інтерактивної лекції (див. додатки 3 та 4 до теми 3.1).
5. На основі власного досвіду учасників обговорити у груповій дискусії приклади усвідомлення причин виникнення, розвитку і проявів функціональних обмежень у дитини та їх впливу на її особистість.
6. Надати інформацію щодо загальних характеристик впливу інвалідизуючого фактора на розвиток особистості дитини з особливими потребами у формі міні-лекції (див. додаток 5 до теми 3.1) та обговорити це разом з групою.
7. Обговорити особливості особистісного розвитку дитини з інвалідністю, що має лише фізичні вади, у формі інтерактивної дискусії.
8. Надати інформацію щодо особливостей особистісного розвитку дитини з особливими потребами, що має психічні та фізичні вади або лише психічні проблеми, у формі інтерактивної дискусії.
9. Визначити разом з групою, які є особливості особистісного розвитку в дітей з інвалідністю учасників групи (при наявності такого досвіду).

Очікувані результати: актуалізація знань і розуміння етапних, вікових особливостей психофізичного і психологічного розвитку дитини, а також базових потреб, що має дитина з інвалідністю; причини виникнення, розвитку і проявів функціональних обмежень та їх впливу на особистість дитини, її психічний і

психологічний розвиток, а також про вплив інвалідизуючого фактора на особистісний розвиток дитини, яка має психічні та/чи фізичні вади, що дасть батькам можливість задовольнити ці потреби дитини у процесі догляду та виховання.

Список літератури та посилань:

1. М. В. Савчин, Л. П. Василенко Вікова психологія: Навчальний посібник К.: Академвидав, 2009.
2. Майданник В.Г., Дадакіна М.А. Діагностика порушень фізичного та психічного розвитку дітей. К.: Супрамед, 1995. – 124 с.
3. Ваньє Ж. Бути людиною. – Львів: Свічадо-Кайрос, 2000. – 156 с.
4. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – М.: Смысл, 1999. – 425 с.
5. Добряков И. В., Защиринская О. В. Психология семьи и больной ребенок. – СПб.: Речь, – 2007 г. – 400с. // <http://www.u-mama.ru/read/article.php?id=4112>
6. Мороз С.М., Куш І.П. Психосоціальні аспекти реабілітації інвалідів з різною соматичною патологією // http://nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/znpip/1/2009_24/RED_Zbirnyk24_29.pdf

Тема 3.2. Життєві етапи розвитку дитини з інвалідністю.

Мета: надати учасникам уявлення про особливості життєвих сценаріїв дітей з інвалідністю при різних ступенях їх залежності від оточуючих.

Приблизний час: 1 година.

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо визначення основних складових повноцінного стилю життя у формі міні-лекції (див. додаток 1 до теми 3.2).

2. Надати інформацію щодо стилю життя осіб з інвалідністю та особливостей життєвих сценаріїв людей з інвалідністю у формі інтерактивної лекції.

3. Визначити у груповій дискусії умови, за яких життєвий стиль людини з інвалідністю може бути комфортним.

4. Зробити висновки/акценти з приводу теми, що обговорюється: людина з фізичними чи/та психічними вадами в Україні має стиль життя, який не можна вважати комфортним, але адекватна допомога найближчого оточення може суттєво поліпшити весь життєвий сценарій дитини з інвалідністю. На створення та зміни в життєвому сценарії дитини з інвалідністю («неусвідомлюваний план життя» – складений наперед план життя на підґрунті досвіду попередніх поколінь та ранніх дитячих вражень і висновків, що поступово, навіть не усвідомлюючи, реалізує людина) безпосередньо впливає характер і обставини розвитку дитини.

Очікувані результати: розуміння та засвоєння інформації стосовно складових повноцінного стилю життя й комфортного стилю життя осіб з інвалідністю.

Список літератури та посилань:

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Збірник наукових праць / за заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К., Університет «Україна», 2002.
2. Громадянська спрямованість та її виховання у дітей. Методичні рекомендації. – К. 2002.
3. Кроник А. А., Ахмеров Р. А. Каузометрия: Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. – М.: Смысл, 2003.
4. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2002. – Т. IV, ч. 5.
5. Психологічні закономірності розвитку громадянської свідомості та самосвідомості особистості. – Т. 1. – Київ, 2001.
6. Шюц А., Лукман Т. Структури життєсвіту / А. Шюц, Т. Лукман. – К. : Укр. центр духовної культури, 2004.

7. Швалб Ю. Психологічні критерії визначення стилю життя / Ю. Швалб // Соціальна психологія. – 2003. – № 2.
8. Панина Н. В. Молодежь Украины: структура ценностей / Н. В. Панина // Социология: теория, методы, маркетинг. – 2001. – № 1.
9. Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Ценности / А.Г. Здравомыслов. – М. : Политиздат. – 1986.
10. Вебер М. Основные понятия стратификации / М. Вебер // Социол. исслед. – 1994. – № 5.
11. Конвенція ООН про права інвалідів.
12. Кривошей Б. Несуществующий народ. Раздумья о жизни умственно отсталых молодых людей, их родителей в обществе. – СПб.: Издательство «Журнал «Нева», 2003.
13. Гальего Р.Д.Г. Белое на черном. – СПб.: ООО «Издательство «Лимбус Пресс», 2005.
14. Кукуруза А., Кравцова А. Понять другого человека. Книга о детях с особенностями умственного развития. – Харьков: БФ «Институт раннего вмешательства».
15. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна. – СПб.: Питер, 2003. – 416с.

Тема 3.3. Організація життя дітей з інвалідністю в родині: структурування часу й простору, вироблення адаптивних навичок і позитивних стереотипів безпечної поведінки у таких дітей.

Мета: надати базові знання щодо вироблення у дітей з інвалідністю безпечних для її особи й оточуючих стереотипів поведінки у повсякденних ситуаціях та згідно з її індивідуальними можливостями й уподобаннями.

Приблизний час: 2 години.

План

1. Організація життя дітей з інвалідністю в родині: структурування часу й простору в її побуті.
2. Формування адаптивних навичок у дитини з інвалідністю.
3. Формування позитивних стереотипів безпечної поведінки у дитини з інвалідністю.

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо принципів нормалізації життя дитини з інвалідністю в питанні організації її побутового життя, простору та часу у формі міні-лекції (див. додаток 2 до теми 1.2 та додаток 1 до теми 3.3).

2. Провести практичну роботу в групах. Виконати завдання «Накреслити план кімнати дитини з інвалідністю»: наприклад, з важкою формою ДЦП і необхідністю застосовувати візок – для першої групи, зі сліпотою – для другої групи, з аутизмом – для третьої групи, тощо. Обговорити результати завдання в груповій дискусії.

3. Провести практичну роботу в групах. Виконати завдання «Скласти режим дня для...»: наприклад, для 4-річної дитини із синдромом гіперактивності та дефіциту уваги – для першої групи, для 8-річної дитини з органічним психофізичним інфантилізмом – для другої групи, для 14-річної дитини з важкою формою ДЦП – для третьої групи, тощо. Обговорити результати завдання в груповій дискусії.

4. Обговорити у груповій дискусії на основі власного досвіду учасників важливість усвідомленої організації побутового життя дитини з інвалідністю.

5. Надати інформацію щодо шляхів формування та закріплення адаптивних навичок у дитини з інвалідністю у формі інтерактивної лекції (див. додатки 2 та 4 до теми 3.3).

6. Обговорити у груповій дискусії на основі власного досвіду учасників оптимальні шляхи вироблення адаптивних навичок поведінки у дітей з інвалідністю.

7. Надати інформацію щодо шляхів формування у дитини з інвалідністю позитивних, безпечних для особи і оточуючих стереотипів поведінки у повсякденних ситуаціях згідно з її індивідуальними можливостями та уподобаннями (див. додатки 3 та 4 до теми 3.3).

8. Обговорити у груповій дискусії на основі власного досвіду учасників оптимальні шляхи формування в дитини з інвалідністю позитивних, безпечних для її особи і оточуючих стереотипів поведінки у повсякденних ситуаціях

Очікувані результати: актуалізація знань щодо особливостей організації часу і простору для дітей з інвалідністю в родині, формування адаптивних навичок і позитивних стереотипів безпечної поведінки з орієнтацією на особливості проблем зі здоров'ям та стан дитини з метою оптимізації її догляду і виховання, формування практичних навичок у батьків.

Список літератури та посилань:

1. Социальная реабилитация инвалидов с умственной отсталостью: обучение основным социальным навыкам / Под редакцией Кравченко Р.И. – Киев, 2007.
2. Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам / Брюс Л.Бейкер, Алан Дж. Брайтман – Санкт-Петербург, 1997.
3. Баранович М. Структуризація близького середовища дитини // Навчання дітей з важкими розумовими вадами. – Львів, 2001. – С. 32–38.
4. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М, 1988. – 128 с.
5. Навчання учнів з важкими розумовими вадами: Посібник для учителів. – Львів, 2001. – 160 с.
6. Піщек М. Узагальнення вмінь // Навчання дітей з важкими розумовими вадами. – Львів, 2001. – С. 144–155.
7. Константинова І.С. «Невиліковний» не означає приречений.
8. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: МГУ, 1990
9. Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. Путь к независимости: Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. – М.: Теревинф, 2000. – 320 с. <http://www.autism.ru/read.asp?id=132&vol=10>
10. Веденина М. Ю., Окунева О. Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II // Дефектология. – 1997. – № 3. – С. 15–20.
11. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006.
12. Слепович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии. – СПб.: Речь, 2008.
13. МакКланнахан Л.И., Крантц П.Дж. Расписание для детей с аутизмом. / Пер. с англ. О.Чикурова, С.Морозовой. – М.: Изд-во «СигналЪ», 2003.
14. Руководство по работе с детьми с умственной отсталостью: Учебное пособие (Под ред. М.Пишчек). – СПб.: Речь, 2006.
15. Аллан Дж. Ландшафт детской души. Юнгианское консультирование в школах и клиниках (Под ред. В.В. Зеленского). – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 272 с.
16. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Практикум по креативной терапии. – СПб.: Издательство «Речь», 2003. – 400 с.;
17. Эриксон Э. Восемь возрастов человека. Из книги «Детство и общество». – Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. Алексеева А.А. – СПб.: «Речь». – 2002. – с. 235–259.
18. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребёнком. Установление контакта, способы взаимодействия, развития речи, психотерапия. – М.: Теревинф, 2004. – 136 с. – (Особый ребёнок).
19. Социальная реабилитация инвалидов с умственной отсталостью: обучение основным социальным навыкам (Под ред. Р.И. Кравченко). – Киев, 2007.
20. Розум С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека. – СПб.: Речь, 2007.
21. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. – 8-е междунар. Изд. – СПб.: Питер, 2002.

Модуль 4. Соціально-психологічні аспекти функціонування сім'ї, яка взяла на виховання дитину з інвалідністю

Тема 4.1 Функціонування родини, дитячо-батьківські відносини та їх особливості при влаштуванні в сім'ю дитини з інвалідністю.

Мета: активізація знань про можливості забезпечення потреб і благополуччя дитини з інвалідністю виключно при усвідомленому батьківстві в умовах адекватного сімейного функціонування при наявності ефективної взаємодії у відносинах дитини та батьків. Розуміння впливу міжособистісних стосунків у родині як основи розвитку особистості дитини з інвалідністю та особливостей особистісного розвитку дитини, що має психічні та/чи фізичні вади.

Приблизний час: 4 години.

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо значущості родинного середовища у розвитку здорової дитини і дитини з інвалідністю у формі інтерактивної лекції (див. додаток 1 до теми 4.1).
2. Надати інформацію щодо особливостей усвідомленого батьківства, функціонування родини та дитячо-батьківських відносин і їх особливостей при влаштуванні в сім'ю дитини з інвалідністю у формі інтерактивної лекції (див. додатки 2 та 3 до теми 4.1).
3. Надати інформацію щодо теорії прихильності та причин виникнення і проявів розладів прихильності у формі інтерактивної лекції (див. додаток 4 до теми 4.1).
4. Зробити висновки/акценти з приводу теми, що обговорюється: реалізація потреб дитини відбувається тільки в родині, яка ефективно (нормально) функціонує, через добру (ефективну) взаємодію між дитиною і батьками; добра взаємодія між дитиною і батьками має певні конкретні характеристики (інформованість про стан дитини, взаємність при спілкуванні з дитиною, стимуляція розвитку дитини, розвиток автономності й самостійності дитини, емоційний тон відносин), які можна усвідомити та покращити; це дозволить батькам ефективніше функціонувати і забезпечити здоров'я дитини; розуміння шляхів виникнення розладів прихильності дає можливість ефективно коректувати такі прояви за рахунок змін у контакті дитина – батьки.

Очікувані результати: знання і розуміння про можливості забезпечення потреб і благополуччя дитини з особливими потребами, виключно при усвідомленому батьківстві в умовах адекватного сімейного функціонування при наявності ефективної взаємодії у відносинах дитини та батьків.

Список літератури та посилань:

1. Служби раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції. За науковою редакцією Н.А.Бастун, ІКЦ «Леста», Київ-2005.
2. Методика оцінки дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які виховують дітей раннього віку з порушенням психомоторного розвитку. Методичні рекомендації, за редакцією Кукурузи Г.В., Київ-2010.
3. Hellbrugge T. Pierwsze 365 dni zycia dziecka.– Warszawa, 1995.
4. Боулби Джон. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
5. Боулби Джон. Привязанность: Пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
6. Корчак Я. Как любить ребенка. – М.: АСТ, 2009.
7. Как говорить, чтобы дети слушали, и как слушать, чтобы дети говорили. – М.: Эксмо, 2009.

Тема 4.2. Психологічна підготовка сім'ї і найближчого оточення до приходу в сім'ю дитини з інвалідністю та особливості входження, адаптації такої дитини до родини.

Мета: усвідомлення учасниками особливостей входження дитини з інвалідністю до нової родини та стадій переживання кризи з приводу незворотних якісних змін у житті всієї сім'ї, що виникають при цьому, шляхів подолання цих життєвих труднощів.

Приблизний час: 3 години.

1. Надати інформацію щодо особливостей входження дитини з інвалідністю до нової родини та стадій переживання кризи з приводу незворотних якісних змін у житті всієї родини (див. додаток 1 до теми 4.2).

2. Обговорити разом із групою (з урахуванням власного досвіду учасників) можливі шляхи подолання «кризи входження» дитини з інвалідністю до родини.

3. Надати інформацію про процес адаптації дитини в новій родині (див. додаток 2 до теми 4.2).

4. Обговорити разом з групою можливі перешкоди у процесі входження дитини з інвалідністю до нової родини (див. додаток 2 до теми 4.2) та визначити разом з учасниками ефективні механізми подолання цих труднощів.

5. Зробити висновки/акценти з приводу теми, що обговорюється: процес входження дитини з інвалідністю до нової родини, її адаптація до способу життя сім'ї (вимог, можливостей), поведінки всіх її членів, що вимагає від батьків ретельної уваги при вихованні дитини з особливими потребами у подоланні життєвих труднощів, незворотних якісних змін, які виникають у житті всієї родини.

Очікувані результати: актуалізація знань і розуміння особливостей процесу входження дитини з інвалідністю до нової родини, її адаптації до способу життя сім'ї, незворотних якісних змін, котрі виникають у житті всієї родини при цьому.

Список літератури та посилань:

1. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник (Ред. Н.Софій, І.Єрмаков). – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
2. Романчук О.И. Дорога любви. Путеводитель для родителей детей с особыми потребностями и тех, кто идет рядом // http://new.dzherelocentre.org.ua/tl_files/files/book-shelf/The_way_of_love.pdf

Тема 4.3. Особливості відносин у родині з приходом у сім'ю дитини з інвалідністю. Додаткове навантаження на батьків, які виховують дитину з інвалідністю.

Мета: усвідомлення об'єктивних труднощів у відносинах у родині, з якими можуть зіткнутися батьки при вихованні дитини з інвалідністю. Розуміння поняття «проблемної поведінки» у дитини з інвалідністю, причин її виникнення та шляхів подолання. Ознайомлення з додатковим навантаженням на батьків при вихованні дитини з інвалідністю, виклики та об'єктивні труднощі, з якими зіткнуться батьки при її вихованні.

Приблизний час: 3 години.

План

1. Особливості відносин у родині з приходом у сім'ю дитини з інвалідністю.

2. Додаткове навантаження на батьків, які виховують дитину з інвалідністю.

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо загальних труднощів у відносинах у родині при вихованні дитини з інвалідністю (див. додаток 1 до теми 4.3).

2. Обговорити у груповій дискусії (з урахуванням власного досвіду учасників) можливі шляхи подолання труднощів у відносинах у родині при вихованні дитини з інвалідністю.

3. Надати інформацію про закономірні змін в емоційному стані та поведінці дитини з інвалідністю при процесі її адаптації до реалій нової родини (див. додаток 2 до теми 4.3).

4. Визначити разом з групою ефективні механізми подолання емоційно-поведінкових труднощів при вихованні дитини з інвалідністю.

5. Надати інформацію щодо додаткових навантажень і загальних труднощів при вихованні як здорової дитини, так і з інвалідністю. Обговорити разом із групою виникнення можливих труднощів (див. додатки 3 та 4 до теми 4.2).

6. Визначити разом з групою спільні та відмінні риси при вихованні здорової дитини та дитини з інвалідністю.

7. Визначити разом з групою ефективні механізми подолання труднощів при вихованні дитини з інвалідністю.

Очікувані результати: актуалізація знань і розуміння існування об'єктивних труднощів у відносинах у родині, з якими можуть зіткнутися батьки при вихованні дитини з інвалідністю; наявність «проблемної поведінки» у дитини з інвалідністю викликає необхідність усвідомлення їх причин та втілення оптимальних шляхів вирішення; існують суттєві додаткові навантаження на батьків і необхідність ефективно долати різні життєві труднощі під час догляду й виховання дитини з інвалідністю.

Список літератури та посилань:

1. Кузнецова Т. И. Взаимоотношения в семье. Отцы и дети. – М., 1981.
2. Чепмен Г. Пять языков любви // http://nlping.ru/files/5_yazikov_lubvi.pdf
3. Гончарова Т. В. Насильство у сім'ї: умови, причини й фактори виникнення // http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Sptp/2010_4/8.pdf
4. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2.
5. Ротенберг В.С., Бондаренко СМ. Мозг. Обучение. Здоровье: Книга для учителя. – М.: Просвещение, 1989. – С. 97–117.
6. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: «Речь», 2000. – 283 с.
7. Яблонська Т.М. Порушення сімейної взаємодії та його вплив на дитину: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2003. – Т.V. – 4.5. – С. 340–344.

Тема 4.4. Ризики виникнення синдрому емоційного вигорання у батьків-вихователів та прийомних батьків і способи його профілактики.

Мета: усвідомлення учасниками причин виникнення, проявів та шляхів профілактики синдрому емоційного вигорання у батьків-вихователів та прийомних батьків.

Приблизний час: 3 години.

Хід проведення:

1. Надати інформацію щодо причин виникнення, проявів та шляхів профілактики синдрому емоційного вигорання у батьків-вихователів і прийомних батьків (див. додаток 1 до теми 4.4).

2. Обговорити у груповій дискусії прояви хронічної втоми та синдрому «вигорання» в учасників на власному досвіді.

3. Визначити разом з учасниками можливі й оптимальні шляхи профілактики синдрому емоційного вигорання у батьків.

4. Зробити висновки/акценти з приводу теми, що обговорюється: позиція адекватного регулювання власної активності, делегування повноважень у родині, ефективного розподілу часу і простору життя, розуміння й утілення повсякденних і глобальних смислів є запорукою профілактики синдрому емоційного вигорання у батьків.

Очікувані результати: активізація знань і розуміння причин виникнення, прояву та шляхи профілактики синдрому емоційного вигорання у батьків-вихователів і прийомних батьків.

Список літератури та посилань:

1. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. – 2-е изд. – М.: Генезис, 2004. – 128 с.
2. Корчак Я. Как любить ребенка. – М.: АСТ, 2009
3. Как говорить, чтобы дети слушали, и как слушать, чтобы дети говорили. – М.: Эксмо, 2009
4. Леви В. Искусство быть другим. – М.: Знание, 1980. – 208 с.
// http://lib.mdpu.org.ua/load/psihologiya/levi_vladimir__iskusstvo_byt__drugim.pdf
5. Леви В. Искусство быть собой. – М.: Кодес, 1991
6. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета № 43. – 8 июня 2005 // http://medgazeta.rusmedserv.com/2005/43/article_1322.html
7. Створення та організація роботи груп взаємопідтримки для батьків-вихователів і прийомних батьків. – Інформаційно-методичні матеріали. – К., 2010. – 91 с.

Додаткова інформація щодо впровадження програми**ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 1.1
ДОДАТОК 1****Визначення інвалідності**

Наразі більш ніж 100 країн світу ратифікували Конвенцію ООН про права інвалідів («Конвенція») та Факультативний протокол, що дають чітку відповідь на запитання: яке місце у житті суспільства займає таке явище, як інвалідність; яким чином вибудовувати стосунки так званим «звичайним», «нормальним» і «продуктивним» членам суспільства з тими, хто потребує сторонньої допомоги.

Оскільки Конвенцію ратифіковано в Україні і вона з березня 2010 року набула чинності, для кожної людини, яка стикається з проблемами інвалідності в особистому житті, Конвенція ООН про права інвалідів – це чіткий перелік зобов'язань держави перед таким громадянином. Конвенція складається з 50 статей і містить як загальні зобов'язання держави, так і визначення прав особи з інвалідністю у політичній, економічній, соціальній, культурній і цивільній сферах. Крім Конвенції, український парламент ратифікував Факультативний протокол до Конвенції, тим самим висловивши згоду на використання громадянами нашої країни механізму міжнародного втручання у випадках порушень прав інвалідів. Стаття 1 Факультативного протоколу стверджує: «Держава – учасниця цього Протоколу («державою-учасницею») визнає компетенцію Комітету ООН з прав інвалідів – (примітка автора) («Комітет») приймати й розглядати повідомлення від осіб або груп осіб, які перебувають під її юрисдикцією і заявляють, що стали жертвами порушення цієї державою-учасницею положень Конвенції, або від їхнього імені».

Конвенція проголошує зобов'язання держав-учасниць створювати умови для забезпечення рівних прав і можливостей осіб з інвалідністю, так само, як і для усіх громадян, поваги до гідності людей з інвалідністю, залучення їх до суспільного життя.

Загальними зобов'язаннями держави є: узгодження національного законодавства із цією Конвенцією у випадку, якщо права осіб з інвалідністю обмежені національним законодавством, не допускати випадків дискримінації осіб за ознакою інвалідності, сприяти науковим та конструктивним розробкам у сфері розвитку розумних пристосувань і допоміжних засобів, узгоджувати всі рішення влади з питань інвалідності із самими громадянами з інвалідністю, зокрема через їхні громадські організації, визначити орган державного управління, відповідальний за координацію дій на виконання цієї Конвенції, звітувати про виконання Конвенції до ООН через два роки після ратифікації та в подальшому – через кожні чотири роки. Причому, крім офіційного звіту від Уряду про виконання Конвенції ООН про права інвалідів, Комітет ООН з прав інвалідів зобов'язується розглянути також альтернативний звіт, який у разі незгоди з офіційним звітом країни можуть подати громадські організації інвалідів або правозахисту.

Текст Конвенції про права інвалідів розробляли спільно уряди та недержавні організації усіх континентів на початку 2000-х років, від України до ООН подавалися й урядові пропозиції, і коментарі від недержавних організацій. У 2006 році Конвенцію було ухвалено Генеральною Асамблеєю ООН. Зобов'язання країн щодо сприяння у реалізації прав інвалідів стосуються усіх сфер: право на життя, виховання в родині, охорону здоров'я, достатній соціальний захист, освіту, працю, спорт, відпочинок, допомогу в надзвичайних ситуаціях, тощо. Для українського законодавства уперше визначено поняття «дискримінація за ознакою інвалідності», «розумне пристосування». Уперше взято зобов'язання надавати інвалідові право вибирати, де, як і з ким жити, причому заборонено забирати примусово людину з громади, а для уможливлення проживання у громаді держава зобов'язалася надавати підтримку, а за необхідності – персонального

помічника. Освіту й реабілітацію держава зобов'язалася забезпечувати, гарантуючи максимальну наближеність до місця проживання, зокрема і в сільській місцевості.

Відповідно до Статті 9 Конституції України «чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України», причому відповідно до Цивільного кодексу національне законодавство повинне узгоджуватися із цими міжнародними договорами. Наразі в Україні триває робота щодо узгодження національного законодавства з питань інвалідності з Конвенцією ООН про права інвалідів. На практиці – це не лише зміна термінології, така зміна законодавства означає, що дитину з інвалідністю і держава, і суспільство перестануть сприймати як носія хвороби, все більше і більше уваги буде приділятися розвитку її особистості – інтелектуальному потенціалу, залученню до громадського життя, виявленню та розвитку здібностей тощо. Від акцентів на обмеженнях, спричинених хворобою, наша країна зобов'язалася перейти на таку систему допомоги, за якої будуть докладатися зусилля для виявлення сильних сторін дитини з інвалідністю і створюватися умови для її розвитку та залучення до громади.

Безумовно, Україна як і інші учасники Конвенції, не завжди має достатньо ресурсів для виконання нових високих зобов'язань. Але, з іншого боку, громадяни, відповідальні за життя і соціальний захист конкретної дитини або дорослої людини з інвалідністю, отримали потужний інструмент для захисту прав і представництва інтересів. Як і будь-який інструмент, Конвенція не працюватиме (не захищатиме права Вашої дитини), якщо буде лежати на полиці – інструмент працює лише в тому випадку, коли його активно використовувати, яким чином – тема подальших занять.

Визначення інвалідності за Конвенцією про права інвалідів ООН.

Преамбула: пункт «е» «визнаючи, що інвалідність – це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими»;

Стаття 1: «До інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які (порушення) під час взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими».

Визначення за Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», Стаття 2: «Інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті».

Визначення за Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Стаття 1:

«Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав»;

«Дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту»;

«Інвалідність – 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; втрата здоров'я – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного і соціального неблагополуччя; життєдіяльність – повсякденна діяльність, здатність організму особи здійснювати діяльність у спосіб і в межах, звичних для людини»;

«Обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки»;

«Медико-соціальна експертиза – визначення на основі комплексного обстеження усіх систем організму конкретної особи міри втрати здоров'я, ступеня обмеження її життєдіяльності, викликаного стійким розладом функцій організму, групи інвалідності, причини і часу її настання, а також рекомендацій щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, відповідних видів санаторно-курортного лікування і соціального захисту для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи».

Батькам-вихователям, прийомним батькам доцільно розуміти, що визначення інвалідності за Конвенцією значним чином відрізняється від поданого у національному законодавстві й орієнтованого на хворобу. Міжнародна спільнота перейшла від біологічної моделі визначення інвалідності до моделі соціальної, отже сприймає інвалідність через призму дотримання прав та ризиків щодо дискримінації, а також участі осіб з інвалідністю у суспільному житті. За будь-якого політичного устрою чи економічного стану країни, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 10% її громадян становлять інваліди (в Україні – 2,6 млн), а кожна людина з інвалідністю впливає на життя ще трьох людей поряд. Люди з інвалідністю – невід'ємна складова будь-якого суспільства, отже держави завжди повинні враховувати потреби таких людей так само, як і потреби інших уразливих груп громадян: наприклад, дітей (починаючи з устаткування дитячих майданчиків і до окремої системи дошкільної, початкової та середньої освіти), людей похилого віку (наприклад, шляхом упровадження пенсійного забезпечення), безробітних, тощо. Ратифікована Верховною Радою у 2009 року, Конвенція ООН про права інвалідів набула чинності в Україні у березні 2010 року і з тих пір – це головний законодавчий акт, який визначає права осіб з інвалідністю та зобов'язання держави перед ними. Саме тому батьки і ті дорослі, які несуть відповідальність за облаштування життя дітей з інвалідністю, повинні у першу чергу знати і відстоювати права таких дітей, а турбота про їхнє здоров'я – один із компонентів реалізації прав дитини та передумова їхнього включення у життя громади.

Люди з особливими потребами є невід'ємною частиною будь-якого суспільства і людства в цілому. Вони – один із чинників багатоманітності людства як біологічного виду, а багатоманітність сприяє пристосуванню виду до можливих очікуваних або несподіваних змін тих умов, за яких людство має виживати і до яких мусить уміти пристосовуватися. Саме люди з особливими потребами акцентують увагу суспільства на таких вічних цінностях, як життя, здоров'я, родина, взаємодопомога, тощо. Їхня щоденна боротьба з недугою нагадують оточуючим про необхідність бути наполегливими, невтомними, оптимістичними і цілеспрямованими, а самовіддана турбота про людину з особливими потребами того, хто поруч, великою мірою впливають на світогляд молодого покоління, якому належить переймати і формувати принципи взаємодії людей як в окремій громаді, так і в суспільстві в цілому. Характерним є розуміння правила соціальної солідарності, коли кожен член суспільства турбується про іншого в міру своїх сил і можливостей, аби бути впевненому, що і йому допоможуть у скрутну хвилину, також формується і закріплюється у свідомості завдяки людині з особливими потребами поруч. Будь-які новації в житті впроваджуються людьми безкоштовно і на волонтерських засадах, тобто завдяки альтруїзмові, формуванню якого сприяють люди з особли-

вими потребами. Таким чином, саме інвалідність як явище опосередковано сприяє рішучості окремих людей (лідерів) настійно працювати задля впровадження новацій у всіх сферах життя, тобто поступу вперед або розвитку суспільства в широкому розумінні. Готовність зустріти і пережити кризу, пристосуватися до нових обставин, толерантність, уміння поступатися власними інтересами заради допомоги ближньому, розуміння про неминучість труднощів і формування рішучості в їх подоланні, оптимізм, вдячність за дар життя, – ці риси люди з особливими потребами здатні не лише допомогти сформувати в молодих людях, але і зберегти в зрілих членів суспільства, які зазнають розчарувань та сумнівів.

Батьки-вихователі, прийомні батьки мають розуміти всю важливість збереження поваги до кожної дитини (людини), незважаючи на будь-які функціональні обмеження, як з боку їх самих, так і з боку оточуючих, а також розуміння її особливостей, потреб та уподобань. І насамперед створювати умови для наявності такого відношення до дітей, що виховуються в їх родині. У той же час повага до особистості не перешкоджає, а навпаки – заохочує дитину не лише користуватися правами, але і виконувати обов'язки, посильні для цієї дитини – адже, по-перше, реалізація прав і виконання обов'язків нерозривно пов'язані, по-друге, конкретне визначення та нагляд за виконанням обов'язків сприяє більш повній реалізації потенціалу дитини і допомагає уникнути гіперопіки.

ДОДАТОК 2

Конвенція ООН про права інвалідів*

Офіційний переклад

Преамбула

Держави – учасниці цієї Конвенції,

- a) нагадуючи про проголошені в Статуті Організації Об'єднаних Націй принципи, в яких достоїнство й цінність, притаманні всім членам людської сім'ї, і рівні та невід'ємні їхні права визнаються за основу свободи, справедливості й загального миру;
- b) визнаючи, що Організація Об'єднаних Націй проголосила й закріпила в Загальній декларації прав людини та в Міжнародних пактах про права людини що кожна людина має всі передбачені в них права й свободи без будь-якого розрізнення;
- c) підтверджуючи загальність, неподільність, взаємозалежність і взаємопов'язаність усіх прав людини й основоположних свобод, а також необхідність гарантувати інвалідам повне користування ними без дискримінації;
- d) посиляючися на Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Міжнародну конвенцію про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, Конвенцію про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Конвенцію проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання, Конвенцію про права дитини та Міжнародну конвенцію про захист прав усіх трудящих-мігрантів і членів їхніх сімей;
- e) визнаючи, що інвалідність – це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими;
- f) визнаючи важливість, яку принципи й керівні орієнтири, що містяться у Всесвітній програмі дій стосовно інвалідів та в Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів, мають з погляду впливу на заохочення, формулювання та оцінку стратегій, планів, програм і заходів на національному, регіональному та міжнародному рівнях для подальшого забезпечення інвалідам рівних можливостей;
- g) наголошуючи на важливості актуалізації проблем інвалідності як складової відповідних стратегій сталого розвитку;
- h) визнаючи також, що дискримінація стосовно будь-якої особи за ознакою інвалідності є ущемленням достоїнства й цінності, притаманних людській особистості;
- i) визнаючи далі багатоманітність інвалідів;
- j) визнаючи необхідність заохочувати й захищати права людини всіх інвалідів, зокрема тих, хто потребує активнішої підтримки;
- k) будучи занепокоєними тим, що, незважаючи на всі ці різноманітні документи й починання, інваліди продовжують наштовхуватися на бар'єри на шляху їхньої участі в житті суспільства як повноправних членів і з порушенням їхніх прав людини в усіх частинах світу;
- l) визнаючи важливість міжнародного співробітництва для поліпшення умов життя інвалідів у кожній країні, особливо в країнах, що розвиваються;
- m) визнаючи цінний нинішній і потенційний внесок інвалідів у загальний добробут і багатоманітність їхніх місцевих товариств і враховуючи ту обставину, що сприяння повному здійсненню інвалідами своїх прав людини та основоположних свобод, а також повноцінній участі інвалідів дасть змогу зміцнити в них почуття причетності й досягти значних успіхів у людському, соціальному та економічному розвитку суспільства та викорінюванні убогості;

* Конвенцію ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009

- p) визнаючи, що для інвалідів важливою є їхня особиста самостійність і незалежність, зокрема свобода здійснювати власний вибір;
- o) вважаючи, що інваліди повинні мати можливість активного залучення до процесів ухвалення рішень стосовно стратегій і програм, зокрема тих, які безпосередньо стосуються їх;
- p) будучи занепокоєними важкими умовами, у які потрапляють інваліди, які піддаються численним або загостреним формам дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних та інших переконань, національного, етнічного, аборигенного чи соціального походження, майнового стану, народження, віку або іншої обставини;
- q) визнаючи, що жінки-інваліди й дівчата-інваліди як удома, так і поза ним нерідко піддаються більшому ризику насилля, травмування або наруги, недбалого чи зневажливого ставлення, поганого поводження або експлуатації;
- r) визнаючи, що діти-інваліди повинні в повному обсязі користуватися всіма правами людини й основоположними свободами нарівні з іншими дітьми, і нагадуючи у зв'язку із цим про зобов'язання, узяті на себе державами – учасницями Конвенції про права дитини;
- s) наголошуючи на необхідності врахування гендерного аспекту в усіх зусиллях зі сприяння повному здійсненню інвалідами прав людини й основоположних свобод;
- t) наголошуючи на тому факті, що більшість інвалідів живе в умовах убогості, і визнаючи у зв'язку із цим гостру необхідність займатися проблемою негативного впливу убогості на інвалідів;
- u) беручи до уваги, що обстановка миру та безпеки, заснована на повній повазі до цілей і принципів, викладених у Статуті Організації Об'єднаних Націй, і на дотриманні застосовних угод у галузі прав людини, є неодмінною умовою для повного захисту інвалідів, зокрема під час збройних конфліктів й іноземної окупації;
- v) визнаючи, що важливою є доступність фізичного, соціального, економічного і культурного оточення, охорони здоров'я та освіти, а також інформації та зв'язку, оскільки вона дає змогу інвалідам повною мірою користуватися всіма правами людини й основоположними свободами;
- w) беручи до уваги, що кожна окрема людина, маючи зобов'язання стосовно інших людей і того колективу, до якого вона належить, повинна добиватися заохочення й дотримання прав, що визнаються в Міжнародному біллі про права людини;
- x) будучи переконаними в тому, що сім'я є природним і основним осередком суспільства й має право на захист з боку суспільства й держави та що інваліди й члени їхніх сімей повинні отримувати необхідний захист і допомогу, які дають змогу сім'ям робити внесок у справу повного й рівного користування правами інвалідів;
- y) будучи переконаними в тому, що всеосяжна та єдина міжнародна конвенція про заохочення та захист прав і достоїнства інвалідів стане важливим внеском у подолання глибоко несправедливого соціального становища інвалідів і в розширення їхньої участі в громадському, політичному, економічному, соціальному та культурному житті за рівних можливостей – як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються;

Домовилися про таке:

Стаття 1. Мета

Мета цієї Конвенції полягає в заохоченні, захисті й забезпеченні повного й рівного здійснення всіма інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод, а також у заохоченні поважання притаманного їм достоїнства.

До інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які під час взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

Стаття 2. Визначення

Для цілей цієї Конвенції:

«спілкування» включає використання мов, текстів, абетки Брайля, тактильного спілкування, великого шрифту, доступних мультимедійних засобів, так само, як і друкованих матеріалів, аудіозасобів, звичайної мови, читців, а також підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, зокрема доступної інформаційно-комунікаційної технології;

«мова» включає мовленнєві й жестові мови та інші форми немовленнєвих мов;

«дискримінація за ознакою інвалідності» означає будь-яке розрізнення, виключення чи обмеження з причини інвалідності, метою або результатом якого є применшення або заперечення визнання, реалізації або здійснення нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, цивільній чи будь-якій іншій сфері. Вона включає всі форми дискримінації, у тому числі відмову в розумному пристосуванні;

«розумне пристосування» означає внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і таких які підходять модифікацій і коректив, що не стають недомірним чи не виправданим тягарем, для цілей забезпечення реалізації або здійснення інвалідами нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод;

«універсальний дизайн» означає дизайн предметів, обстановок, програм та послуг, покликаний зробити їх можливою мірою максимально придатними для використання для всіх людей без необхідності адаптації чи спеціального дизайну. «Універсальний дизайн» не виключає допоміжних пристроїв для конкретних груп інвалідів, де це необхідно.

Стаття 3. Загальні принципи

Принципами цієї Конвенції є:

- a) повага до притаманного людині достоїнства, її особистої самостійності, зокрема свободи робити власний вибір, і незалежності;
- b) недискримінація;
- c) повне й ефективне залучення та включення до суспільства;
- d) повага до особливостей інвалідів і прийняття їх як компонента людської різноманітності й частини людства;
- e) рівність можливостей;
- f) доступність;
- g) рівність чоловіків і жінок;
- h) повага до таких здібностей дітей-інвалідів, які розвиваються, і повага до права дітей-інвалідів зберігати свою індивідуальність.

Стаття 4. Загальні зобов'язання

1. Держави-учасниці зобов'язуються забезпечувати й заохочувати повну реалізацію всіх прав людини й основоположних свобод всіма інвалідами без будь-якої дискримінації за ознакою інвалідності. Із цією метою держави-учасниці зобов'язуються:

- a) вживати всіх належних законодавчих, адміністративних та інших заходів для здійснення прав, що визнаються в цій Конвенції;
- b) вживати всіх належних заходів, зокрема законодавчих, для зміни чи скасування існуючих законів, постанов, звичаїв та підвалин, які є дискримінаційними стосовно інвалідів;
- c) урахувати в усіх стратегіях і програмах захист і заохочення прав людини інвалідів;
- d) утримуватися від будь-яких дій або методів, які не узгоджуються із цією Конвенцією, і забезпечувати, щоб державні органи та установи діяли відповідно до цієї Конвенції;
- e) уживати всіх належних заходів для усунення дискримінації за ознакою інвалідності з боку будь-якої особи, організації або приватного підприємства;

- f) проводити або заохочувати дослідну та конструкторську розробку товарів, послуг, устаткування та об'єктів універсального дизайну (який визначено в статті 2 цієї Конвенції), пристосування яких до конкретних потреб інваліда вимагало б якомога меншої адаптації й мінімальних витрат, сприяти наявності й використанню їх, а також просувати ідею універсального дизайну під час вироблення стандартів і керівних орієнтирів;
- g) проводити або заохочувати дослідну та конструкторську розробку, а також сприяти наявності й використанню нових технологій, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій, засобів, що полегшують мобільність, обладнання та допоміжних технологій, які підходять для інвалідів, приділяючи першочергову увагу недорогим технологіям;
- h) надавати інвалідам доступну інформацію про засоби, що полегшують мобільність, обладнання та допоміжні технології, зокрема нові технології, а також інші форми допомоги, допоміжні послуги та об'єкти;
- i) заохочувати викладання спеціалістам і персоналу, що працюють з інвалідами, прав, які визнаються в цій Конвенції, щоб удосконалювати надання гарантованих цими правами допомоги та послуг.

2. Що стосується економічних, соціальних та культурних прав, то кожна держава-учасниця зобов'язується вживати, максимально залучаючи наявні в неї ресурси, а у випадку необхідності – удаючися до міжнародного співробітництва, заходів для поступового досягнення повної реалізації цих прав без шкоди для тих сформульованих у цій Конвенції зобов'язань, які є безпосередньо застосовними відповідно до міжнародного права.

3. Під час розробки й застосування законодавства і стратегій, спрямованих на виконання цієї Конвенції, і в рамках інших процесів ухвалення рішень з питань, що стосуються інвалідів, держави-учасниці тісно консультуються з інвалідами, зокрема дітьми-інвалідами, й активно залучають їх через організації, що їх представляють.

4. Ніщо в цій Конвенції не зачіпає будь-яких положень, які більшою мірою сприяють реалізації прав інвалідів і можуть міститися в законах держави-учасниці або нормах міжнародного права, що є чинними в цій державі. Не допускається жодне обмеження чи применшення будь-яких прав людини й основоположних свобод, що визнаються або існують у будь-якій державі – учасниці цієї Конвенції на підставі закону, конвенцій, правил або звичаїв, під приводом, що в цій Конвенції не визнаються такі права чи свободи або що в ній вони визнаються в меншому обсязі.

5. Положення цієї Конвенції поширюються на всі частини федеративних держав без жодних обмежень чи вилучень.

Стаття 5. Рівність і недискримінація

1. Держави-учасниці визнають, що всі особи є рівними перед законом і поза ним та мають право на рівний захист закону й рівноправне користування ним без будь-якої дискримінації.

2. Держави-учасниці забороняють будь-яку дискримінацію за ознакою інвалідності й гарантують інвалідам рівний та ефективний правовий захист від дискримінації на будь-якому ґрунті.

3. Для заохочення рівності й усунення дискримінації держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення розумного пристосування.

4. Конкретні заходи, необхідні для прискорення чи досягнення фактичної рівності інвалідів, не вважаються дискримінацією за змістом цієї Конвенції.

Стаття 6. Жінки-інваліди

1. Держави-учасниці визнають, що жінки-інваліди та дівчата-інваліди піддаються множинній дискримінації, й у зв'язку із цим уживають заходів для забезпечення повного й рівного здійснення ними всіх прав людини й основоположних свобод.

2. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення всебічного розвитку, поліпшення становища та розширення прав і можливостей жінок, щоб гарантувати їм здійснення й реалізацію прав людини й основоположних свобод, закріплених у цій Конвенції.

Стаття 7. Діти-інваліди

1. Держави-учасниці вживають усіх необхідних заходів для забезпечення повного здійснення дітьми-інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод нарівні з іншими дітьми.

2. В усіх діях стосовно дітей-інвалідів першочергова увага приділяється вищим інтересам дитини.

3. Держави-учасниці забезпечують, щоб діти-інваліди мали право вільно висловлювати з усіх питань, що їх стосуються, свої погляди, які отримують належну вагомість, відповідну їхньому вікові та зрілості, нарівні з іншими дітьми й отримувати допомогу, яка відповідає інвалідності та вікові, у реалізації цього права.

Стаття 8. Просвітно-виховна робота

1. Держави-учасниці зобов'язуються вживати невідкладних, ефективних та належних заходів, щоб:

- a) підвищувати освіченість усього суспільства, зокрема на рівні сім'ї, у питаннях інвалідності й зміцнювати повагу до прав і достоїнства інвалідів;
- b) вести боротьбу зі стереотипами, забобонами та шкідливими звичаями стосовно інвалідів, зокрема на ґрунті статевої належності й віку, в усіх сферах життя;
- c) пропагувати потенціал і внесок інвалідів.

2. Уживані із цією метою заходи включають:

- a) розгортання та ведення ефективних суспільно-просвітних кампаній, покликаних:
 - I) виховувати сприйнятливість до прав інвалідів;
 - II) заохочувати позитивні уявлення про інвалідів і глибше розуміння їх суспільством;
 - III) сприяти визнанню навичок, достоїнств і здібностей інвалідів, а також їхнього внеску на робочому місці та на ринку праці;
- b) виховання на всіх рівнях системи освіти, зокрема в усіх дітей, починаючи з раннього віку, шанобливого ставлення до прав інвалідів;
- c) спонукання всіх засобів масової інформації до такого зображення інвалідів, яке узгоджується з метою цієї Конвенції;
- d) просування виховно-ознайомчих програм, присвячених інвалідам та їхнім правам.

Стаття 9. Доступність

1. Щоб надати інвалідам можливість вести незалежний спосіб життя й усебічно брати участь у всіх аспектах життя, держави-учасниці вживають належних заходів для забезпечення інвалідам доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, до транспорту, до інформації та зв'язку, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню як у міських, так і в сільських районах. Ці заходи, які включають виявлення й усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають доступності, повинні поширюватися, зокрема:

- a) на будинки, дороги, транспорт й інші внутрішні та зовнішні об'єкти, зокрема школи, житлові будинки, медичні установи та робочі місця;
 - b) на інформаційні, комунікаційні та інші служби, зокрема електронні служби та екстрені служби.
2. Держави-учасниці вживають також належних заходів для того, щоб:
- a) розробляти мінімальні стандарти й керівні орієнтири, що передбачають доступність об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, вводити їх у дію та стежити за дотриманням їх;
 - b) забезпечувати, щоб приватні підприємства, які пропонують об'єкти й послуги, відкриті або такі, що надаються населенню, ураховували всі аспекти доступності для інвалідів;

- с) організовувати для всіх залучених сторін інструктаж з проблем доступності, на які натрапляють інваліди;
- д) оснащувати будинки та інші об'єкти, відкриті для населення, знаками, виконаними абеткою Брайля у формі, що легко читається і є зрозумілою;
- е) надавати різні види послуг помічників і посередників, зокрема провідників, читців і професійних сурдоперекладачів, для полегшення доступності будинків та інших об'єктів, відкритих для населення;
- ф) розвивати інші належні форми надання інвалідам допомоги та підтримки, що забезпечують їм доступ до інформації;
- г) заохочувати доступ інвалідів до нових інформаційно-комунікаційних технологій і систем, зокрема Інтернету;
- h) заохочувати проектування, розробку, виробництво й поширення первісно доступних інформаційно-комунікаційних технологій і систем, так щоб доступність цих технологій і систем досягалася за мінімальних витрат.

Стаття 10. Право на життя

Держави-учасниці знову підтверджують невід'ємне право кожної людини на життя й уживають усіх необхідних заходів для забезпечення його ефективного здійснення інвалідами нарівні з іншими.

Стаття 11. Ситуація ризику та надзвичайні гуманітарні ситуації

Держави-учасниці вживають відповідно до своїх зобов'язань за міжнародним правом, зокрема міжнародним гуманітарним правом та міжнародним правом з прав людини, усіх необхідних заходів для забезпечення захисту й безпеки інвалідів у ситуаціях ризику, зокрема в збройних конфліктах, надзвичайних гуманітарних ситуаціях та під час стихійних лих.

Стаття 12. Рівність перед законом

1. Держави-учасниці підтверджують, що кожний інвалід, де б він не знаходився, має право на рівний правовий захист.

2. Держави-учасниці визнають, що інваліди мають правоздатність нарівні з іншими в усіх аспектах життя.

3. Держави-учасниці вживають належних заходів для надання інвалідам доступу до підтримки, якої вони можуть потребувати під час реалізації своєї правоздатності.

4. Держави-учасниці забезпечують, щоб усі заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, передбачали належні та ефективні гарантії недопущення зловживань відповідно до міжнародного права з прав людини. Такі гарантії повинні забезпечувати, щоб заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, орієнтувалися на повагу до прав, волі та переваг особи, були вільні від конфлікту інтересів і недоречного впливу, були домірні обставинам цієї особи й пристосовані до них, застосовувалися протягом якомога меншого строку й регулярно перевірялися компетентним, незалежним та безстороннім органом чи судовою інстанцією. Ці гарантії повинні бути домірні тій мірі, якою такі заходи зачіпають права та інтереси цієї особи.

5. З урахуванням положень цієї статті держави-учасниці вживають усіх належних і ефективних заходів для забезпечення рівних прав інвалідів на володіння майном і його успадкування, на управління власними фінансовими справами, а також на рівний доступ до банківських позик, іпотечних кредитів та інших форм фінансового кредитування й забезпечують, щоб інваліди не позбавлялися довільно свого майна.

Стаття 13. Доступ до правосуддя

1. Держави-учасниці забезпечують інвалідам нарівні з іншими ефективний доступ до правосуддя, зокрема передбачаючи процесуальні та відповідні вікові корективи, які полегшують виконання ними своєї ефективної ролі прямих і опосередкованих учасників, у тому числі свідків, на всіх стадіях юридичного процесу, зокрема на стадії розслідування та інших стадіях попереднього провадження.

2. Щоб сприяти забезпеченню інвалідам ефективного доступу до правосуддя, держави-учасниці сприяють належному навчанню осіб, які працюють у сфері здійснення правосуддя, зокрема в поліції та пенітенціарній системі.

Стаття 14. Свобода та особиста недоторканість

1. Держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди нарівні з іншими:

- а) користувалися правом на свободу та особисту недоторканість;
- б) не позбавлялися волі незаконно чи довільно й щоб будь-яке позбавлення волі відповідало законові, а наявність інвалідності в жодному випадку не ставала підставою для позбавлення волі.

2. Держави-учасниці забезпечують, щоб у випадку, коли на підставі якої-небудь процедури інваліди позбавляються волі, у них нарівні з іншими були гарантії, що узгоджуються з міжнародним правом з прав людини, і щоб поводження з ними відповідало цілям і принципам цієї Конвенції, зокрема забезпечення розумного пристосування.

Стаття 15. Свобода від катувань і жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання

1. Ніхто не повинен піддаватися катуванням або жорстоким, нелюдським чи таким, що принижують його гідність, поводженню або покаранню. Зокрема, жодна особа не повинна без власної вільної згоди піддаватися медичним чи науковим дослідям.

2. Держави-учасниці вживають усіх ефективних законодавчих, адміністративних, судових чи інших заходів для того, щоб інваліди нарівні з іншими не піддавалися катуванням або жорстоким, нелюдським чи таким, що принижують гідність, видам поводження та покарання.

Стаття 16. Свобода від експлуатації, насилля та наруги

1. Держави-учасниці вживають усіх належних законодавчих, адміністративних, соціальних, просвітних та інших заходів для захисту інвалідів як удома, так і поза ним від усіх форм експлуатації, насилля та наруги, зокрема від тих їхніх аспектів, які мають гендерне підґрунтя.

2. Держави-учасниці вживають також усіх належних заходів для недопущення всіх форм експлуатації, насилля та наруги, забезпечуючи, зокрема, підхожі форми надання допомоги і підтримки, яка враховує віково-статеву специфіку інвалідів, їхнім сім'ям та особам, які здійснюють догляд за інвалідами, зокрема шляхом ознайомлення й освіти з питання про те, як уникати проявів експлуатації, насилля та наруги, визначати їх та повідомляти про них. Держави-учасниці забезпечують, щоб послуги з надання захисту надавалися з урахуванням віково-статевої специфіки й фактора інвалідності.

3. Прагнучи запобігати проявам усіх форм експлуатації, насилля та наруги, держави-учасниці забезпечують, щоб усі установи та програми, призначені для обслуговування інвалідів, перебували під ефективним наглядом з боку незалежних органів.

4. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для сприяння фізичному, когнітивному та психологічному відновленню, реабілітації та соціальній реінтеграції інвалідів, які стали жертвами будь-якої форми експлуатації, насилля чи наруги, зокрема шляхом надання послуг і захисту. Такі відновлення та реінтеграція відбуваються в обстановці, що сприяє зміцненню здоров'я, благополуччя, самоповаги, достоїнства та самостійності відповідної особи, і здійснюються з урахуванням потреб, зумовлених віково-статеву специфікою.

5. Держави-учасниці приймають ефективні законодавство та стратегії, зокрема орієнтовані на жінок і дітей, для забезпечення того, щоб випадки експлуатації, насилля та наруги стосовно інвалідів виявлялися, розслідувалися та в належних випадках переслідувалися.

Стаття 17. Захист особистої цілісності

Кожний інвалід має право на повагу до його фізичної та психічної цілісності нарівні з іншими.

Стаття 18. Свобода пересування та громадянство

1. Держави-учасниці визнають права інвалідів на свободу пересування, на свободу вибору місця проживання та на громадянство нарівні з іншими, зокрема шляхом забезпечення того, щоб інваліди:
 - a) мали право набувати й змінювати громадянство та не позбавлялися свого громадянства довільно чи з причини інвалідності;
 - b) не позбавлялися, з причини інвалідності, можливості отримувати документи, що підтверджують їхнє громадянство, чи будь-які інші документи, що посвідчують їхню особу, володіти такими документами й користуватися ними чи використовувати відповідні процедури, наприклад імміграційні, які можуть бути необхідні для полегшення здійснення права на свободу пересування;
 - c) мали право вільно залишати будь-яку країну, зокрема власну;
 - d) не позбавлялися довільно або з причини інвалідності права на в'їзд до власної країни.

2. Діти-інваліди реєструються відразу після народження та з моменту народження мають право на ім'я та на набуття громадянства, а також найможливішою мірою право знати своїх батьків і право на їхню турботу.

Стаття 19. Самостійний спосіб життя й залучення до місцевої спільноти

Держави – учасниці цієї Конвенції визнають рівне право всіх інвалідів жити у звичайних місцях проживання, коли варіанти вибору є рівними з іншими людьми, і вживають ефективних і належних заходів для того, щоб сприяти повній реалізації інвалідами цього права та повному включенню й залученню їх до місцевої спільноти, зокрема забезпечуючи, щоб:

- a) інваліди мали можливість вибирати нарівні з іншими людьми своє місце проживання й те, де із ким проживати, і не були зобов'язані проживати в якихось визначених житлових умовах;
- b) інваліди мали доступ до різного роду послуг, що надаються вдома, за місцем проживання, та інших допоміжних послуг на базі місцевої спільноти, зокрема персональної допомоги, необхідної для підтримки життя в місцевій спільноті й включення до неї, а також для недопущення ізоляції або сегрегації від місцевої спільноти;
- c) послуги та об'єкти колективного користування, призначені для населення в цілому, були рівною мірою доступні для інвалідів і відповідали їхнім потребам.

Стаття 20. Індивідуальна мобільність

Держави-учасниці вживають ефективних заходів для забезпечення індивідуальної мобільності інвалідів з максимально можливим ступенем їхньої самостійності, зокрема шляхом:

- a) сприяння індивідуальній мобільності інвалідів вибраним ними способом, у вибраний ними час та за доступною ціною;
- b) полегшення доступу інвалідів до якісних засобів, що полегшують мобільність, пристроїв, допоміжних технологій та послуг помічників і посередників, зокрема за рахунок надання їх за доступною ціною;
- c) навчання інвалідів та кадрів спеціалістів, що з ними працюють, навичкам мобільності;
- d) спонукання підприємств, що займаються виробництвом засобів, які полегшують мобільність, пристроїв та допоміжних технологій, до врахування всіх аспектів мобільності інвалідів.

Стаття 21. Свобода висловлення думки та переконань і доступ до інформації

Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення того, щоб інваліди могли користуватися правом на свободу висловлення думки та переконань, зокрема свободу шукати, отримувати й поширювати інформацію та ідеї нарівні з іншими, користуючися за власним вибором усіма формами спілкування, визначеними в статті 2 цієї Конвенції, зокрема шляхом:

- а) забезпечення інвалідів інформацією, призначеною для широкої публіки, у доступних форматах і з використанням технологій, що враховують різні форми інвалідності, своєчасно й без додаткової плати;
- б) прийняття та сприяння використанню в офіційних відносинах: жестових мов, абетки Брайля, підсилювальних і альтернативних способів спілкування й усіх інших доступних способів, методів та форматів спілкування за вибором інвалідів;
- с) активного спонукання приватних підприємств, що надають послуги широкій публіці, зокрема через Інтернет, до надання інформації та послуг у доступних і придатних для інвалідів форматах;
- д) спонукання засобів масової інформації, зокрема тих, що надають інформацію через Інтернет, до перетворення своїх послуг на доступні для інвалідів;
- е) визнання й заохочення використання жестових мов.

Стаття 22. Недоторканість приватного життя

1. Незалежно від місця проживання чи житлових умов жодний інвалід не повинен наражатися на довільне чи незаконне посягання на недоторканість його приватного життя, сім'ї, житла чи листування та інших видів спілкування або на незаконні нападки на його честь і репутацію. Інваліди мають право на захист на основі закону від таких посягань або нападок.

2. Держави-учасниці охороняють конфіденційність відомостей про особу, стан здоров'я та реабілітацію інвалідів нарівні з іншими.

Стаття 23. Повага до дому та сім'ї

1. Держави-учасниці вживають ефективних і належних заходів для усунення дискримінації стосовно інвалідів у всіх питаннях, що стосуються шлюбу, сім'ї, батьківства, материнства та особистих взаємин, нарівні з іншими, прагнучи при цьому забезпечити, щоб:

- а) визнавалося право всіх інвалідів, які досягли шлюбного віку, укласти шлюб і створювати сім'ю на підставі вільної та повної згоди тих, хто одружується;
- б) визнавалися права інвалідів на вільне й відповідальне прийняття рішень про кількість дітей та інтервали між їхнім народженням і на доступ до інформації, що відповідає їхньому вікові, та до освіти в питаннях репродуктивної поведінки та планування сім'ї, а також надавалися засоби, які дають їм змогу здійснювати ці права;
- с) інваліди, зокрема діти, нарівні з іншими зберігали свою фертильність.

2. Держави-учасниці забезпечують права та обов'язки інвалідів стосовно опікунства, піклування, опіки, усиновлення дітей чи аналогічних інститутів, коли ці поняття є в національному законодавстві; в усіх випадках першочергове значення мають вищі інтереси дитини. Держави-учасниці надають інвалідам належну допомогу у виконанні ними своїх обов'язків щодо виховання дітей.

3. Держави-учасниці забезпечують, щоб діти-інваліди мали рівні права стосовно сімейного життя. Для реалізації цих прав і недопущення приховування дітей-інвалідів, залишення їх, ухиляння від догляду за ними та сегрегації їх держави-учасниці зобов'язуються від самого початку забезпечувати дітей-інвалідів та їхні сім'ї всебічною інформацією, послугами та підтримкою.

4. Держави-учасниці забезпечують, щоб дитина не розлучалася зі своїми батьками проти їхньої волі, за винятком випадків, коли піднаглядні судові компетентні органи відповідно до застосовних законів та процедур визначають, що таке розлучення є необхідним з огляду на вищі інтереси дитини. За жодних обставин дитина не може бути розлучена з батьками з причини інвалідності або самої дитини, або одного чи обох батьків.

5. Держави-учасниці зобов'язуються у випадку, коли найближчі родичі не в змозі забезпечити догляд за дитиною-інвалідом, докладати всіх зусиль для того, щоб організува-

ти альтернативний догляд за рахунок залучення більш дальніх родичів, а у випадку відсутності такої можливості – за рахунок створення сімейних умов для проживання дитини в місцевій спільноті.

Стаття 24. Освіта

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів на освіту. Для цілей реалізації цього права без дискримінації й на підставі рівності можливостей держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях і навчання протягом усього життя, прагнучи при цьому:

- a) до повного розвитку людського потенціалу, а також почуття достоїнства та самоповаги та до посилення поваги до прав людини, основоположних свобод і людської багатоманітності;
- b) до розвитку особистості, талантів і творчості інвалідів, а також їхніх розумових і фізичних здібностей у найповнішому обсязі;
- c) до надання інвалідам можливості брати ефективну участь у житті вільного суспільства;

2. Під час реалізації цього права держави-учасниці забезпечують, щоб:

- a) інваліди не виключалися через інвалідність із системи загальної освіти, а діти-інваліди – із системи безплатної та обов'язкової початкової або середньої освіти;
- b) інваліди мали нарівні з іншими доступ до інклюзивної, якісної та безплатної початкової й середньої освіти в місцях свого проживання;
- c) забезпечувалося розумне пристосування, що враховує індивідуальні потреби;
- d) інваліди отримували всередині системи загальної освіти необхідну підтримку для полегшення їхнього ефективного навчання;
- e) в умовах, які максимально сприяють засвоєнню знань і соціальному розвитку, відповідно до мети повного охоплення вживались ефективні заходи з організації індивідуалізованої підтримки.

3. Держави-учасниці надають інвалідам можливість засвоювати життєві та соціалізаційні навички, щоб полегшити їхню повну й рівну участь в процесі освіти і як членів місцевої спільноти. Держави-учасниці вживають у цьому напрямі належних заходів, зокрема:

- a) сприяють засвоєнню абетки Брайля, альтернативних шрифтів, підсилювальних та альтернативних методів, способів і форматів спілкування, а також навичок орієнтації та мобільності й сприяють підтримці з боку однолітків і наставництву;
- b) сприяють засвоєнню жестової мови та заохоченню мовної самобутності глухих;
- c) забезпечують, щоб навчання осіб, зокрема дітей, які є сліпими, глухими чи сліпоглухими, здійснювалося з допомогою найбільш підхожих для інваліда мов, методів і способів спілкування і в обстановці, яка максимально сприяє засвоєнню знань і соціальному розвитку.

4. Щоб сприяти забезпеченню реалізації цього права, держави-учасниці вживають належних заходів для залучення до роботи вчителів, зокрема й учителів-інвалідів, які володіють жестовою мовою та (чи) абеткою Брайля, та для навчання спеціалістів і персоналу, що працюють на всіх рівнях системи освіти. Таке навчання охоплює освіту в питаннях інвалідності й використання підхожих підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, навчальних методик і матеріалів для надання підтримки інвалідам.

5. Держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди могли мати доступ до загальної вищої освіти, професійного навчання, освіти для дорослих і навчання протягом усього життя без дискримінації та нарівні з іншими. Із цією метою держави-учасниці забезпечують, щоб для інвалідів забезпечувалося розумне пристосування.

Стаття 25. Здоров'я

Держави-учасниці визнають, що інваліди мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу інвалідів до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я. Зокрема, держави-учасниці:

- а) забезпечують інвалідам той самий набір, якість і рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню;
- б) надають ті послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні інвалідам безпосередньо з причини їхньої інвалідності, зокрема послуги з ранньої діагностики, а в певних випадках – корекції та послуги, покликані звести до мінімуму та запобігти подальшому виникненню інвалідності, зокрема серед дітей і людей похилого віку;
- с) організують ці послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах;
- д) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали інвалідам послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема на підставі вільної та поінформованої згоди через, серед іншого, підвищення обізнаності стосовно прав людини, достоїнства, самостійності й потреб інвалідів за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я;
- е) забороняють дискримінацію стосовно інвалідів під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачають, що воно надається на справедливих і розумних засадах;
- ф) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні їжі або рідин з причини інвалідності.

Стаття 26. Абілітація та реабілітація

1. Держави-учасниці вживають, зокрема за підтримки з боку інших інвалідів, ефективних і належних заходів для того, щоб надати інвалідам можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Із цією метою держави-учасниці організують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування, таким чином, щоб ці послуги та програми:

- а) починали реалізовуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатoproфільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда;
- б) сприяли залученню та включенню до місцевої спільноти й до всіх аспектів життя суспільства, мали добровільний характер і були доступні для інвалідів якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах.

2. Держави-учасниці заохочують розвиток початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг.

3. Держави-учасниці заохочують наявність, знання та використання допоміжних пристроїв і технологій, що стосуються абілітації й реабілітації та призначені для інвалідів.

Стаття 27. Праця та зайнятість

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів на працю нарівні з іншими; воно включає право на отримання можливості заробляти собі на життя працею, яку інвалід вільно вибрав чи на яку він вільно погодився, в умовах, коли ринок праці та виробниче середовище є відкритими, інклюзивними та доступними для інвалідів. Держави-учасниці забезпечують і заохочують реалізацію права на працю, зокрема тими особами, які отримують інвалідність під час трудової діяльності, шляхом ужиття, у тому числі в законодавчому порядку, належних заходів, спрямованих, зокрема, на таке:

- а) заборону дискримінації за ознакою інвалідності щодо всіх питань, які стосуються всіх форм зайнятості, зокрема умов прийому на роботу, наймання та зайнятості, збереження роботи, просування по службі та безпечних і здорових умов праці;
- б) захист прав інвалідів нарівні з іншими на справедливий й сприятливий умови праці, зокрема рівні можливості й рівну винагороду за працю рівної цінності, безпечні та здорові умови праці, зокрема захист від домагань, та задоволення скарг;

- с) забезпечення того, щоб інваліди могли здійснювати свої трудові й профспілкові права нарівні з іншими;
- д) надання інвалідам можливості для ефективного доступу до загальних програм технічної та професійної орієнтації, служб працевлаштування та професійного й безперервного навчання;
- е) розширення на ринку праці можливостей для працевлаштування інвалідів та просування їх по службі, а також надання допомоги в пошуку, отриманні, збереженні та відновленні роботи;
- ф) розширення можливостей для індивідуальної трудової діяльності, підприємництва, розвитку кооперативів і організації власної справи;
- г) наймання інвалідів у державному секторі;
- h) стимулювання наймання інвалідів у приватному секторі за допомогою належних стратегій і заходів, які можуть включати програми позитивних дій, стимули та інші заходи;
- і) забезпечення інвалідам розумного пристосування робочого місця;
- j) заохочення набуття інвалідами досвіду роботи в умовах відкритого ринку праці;
- к) заохочення програм професійної та кваліфікаційної реабілітації, збереження робочих місць і повернення на роботу для інвалідів.

2. Держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди не утримувалися в рабстві чи в підневільному становищі й були захищені нарівні з іншими від примусової чи обов'язкової праці.

Стаття 28. Достатній життєвий рівень та соціальний захист

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів на достатній життєвий рівень для них самих та їхніх сімей, що включає достатнє харчування, одяг та житло, і на безперервне поліпшення умов життя й уживають належних заходів для забезпечення та заохочення реалізації цього права без дискримінації за ознакою інвалідності.

2. Держави-учасниці визнають право інвалідів на соціальний захист і на користування цим правом без дискримінації за ознакою інвалідності й уживають належних заходів для забезпечення та заохочення реалізації цього права, зокрема заходів:

- а) із забезпечення інвалідам рівного доступу до отримання чистої води та із забезпечення доступу до належних і недорогих послуг, пристроїв та іншої допомоги для задоволення потреб, пов'язаних з інвалідністю;
- б) із забезпечення інвалідам, зокрема жінкам, дівчатам і людям похилого віку з інвалідністю, доступу до програм соціального захисту й програм скорочення масштабів убогості;
- с) із забезпечення інвалідам та їхнім сім'ям, що живуть в умовах убогості, доступу до допомоги з боку держави з метою покриття витрат, пов'язаних з інвалідністю, зокрема належного навчання, консультування, фінансової допомоги та тимчасового патронажного догляду;
- д) із забезпечення інвалідам доступу до програм державного житла;
- е) із забезпечення інвалідам доступу до пенсійних допомоги та програм.

Стаття 29. Участь у політичному та суспільному житті

Держави-учасниці гарантують інвалідам політичні права й можливість користуватися ними нарівні з іншими та зобов'язуються:

- а) забезпечувати, щоб інваліди могли брати ефективну й усебічну участь, прямо або через вільно обраних представників, у політичному й суспільному житті нарівні з іншими, зокрема мали право та можливість голосувати й бути обраними, зокрема шляхом:
- I) забезпечення того, щоб процедури, приміщення та матеріали для голосування були такими що підходять, доступними та легкими для розуміння й використання;
- II) захисту права інвалідів на участь у таємному голосуванні на виборах і публічних референдумах без залякування та на висунення своїх кандидатур для виборів, на фак-

- тичне зайняття посад і виконання всіх публічних функцій на всіх рівнях державної влади – за сприяння використанню допоміжних і нових технологій, де це є доречним;
- III) гарантування вільного волевиявлення інвалідів як виборців та із цією метою – задоволення, коли це необхідно, їхніх прохань про надання їм якою-небудь особою за їхнім вибором допомоги в голосуванні;
- b) активно сприяти створенню обстановки, в якій інваліди могли б ефективно й усебічно брати участь в управлінні державними справами без дискримінації та нарівні з іншими, і заохочувати їхню участь у державних справах, зокрема:
- I) участь у неурядових організаціях та об'єднаннях, робота яких пов'язана з державним і політичним життям країни, зокрема в діяльності політичних партій і керівництві ними;
- II) створення організацій інвалідів і вступ до них для того, щоб представляти інвалідів на міжнародному, національному, регіональному та місцевому рівнях.

Стаття 30. Участь у культурному житті, проведенні дозвілля й відпочинку та заняттях спортом

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів брати участь нарівні з іншими в культурному житті й уживають усіх належних заходів для забезпечення того, щоб інваліди:

- a) мали доступ до творів культури в доступних форматах;
- b) мали доступ до телевізійних програм, фільмів, театру та інших культурних заходів у доступних форматах;
- c) мали доступ до таких місць культурних заходів чи послуг, як театри, музеї, кінотеатри, бібліотеки й туристичні послуги, а також мали найможливішою мірою доступ до пам'яток і об'єктів, що мають національну культурну значущість.

2. Держави-учасниці вживають належних заходів для того, щоб надати інвалідам можливість розвивати й використовувати свій творчий, художній та інтелектуальний потенціал – не тільки для власного блага, а й для збагачення всього суспільства.

3. Держави-учасниці роблять відповідно до міжнародного права всі належні кроки для забезпечення того, щоб закони про захист прав інтелектуальної власності не ставали невинуватим чи дискримінаційним бар'єром для доступу інвалідів до творів культури.

4. Інваліди мають право нарівні з іншими на визнання й підтримку їхньої особливої культурної та мовної самобутності, зокрема жестових мов і культури глухих.

5. Щоб надати інвалідам можливість брати участь нарівні з іншими у проведенні дозвілля та відпочинку й у спортивних заходах, держави-учасниці вживають належних заходів:

- a) для заохочення й пропаганди найповнішої участі інвалідів у загальнопрофільних спортивних заходах на всіх рівнях;
- b) для забезпечення того, щоб інваліди мали можливість організовувати спортивні та дозвільні заходи спеціально для інвалідів, розвивати їх і брати в них участь, і для сприяння у цьому зв'язку тому, щоб їм нарівні з іншими надавались належні навчання, підготовка та ресурси;
- c) для забезпечення того, щоб інваліди мали доступ до спортивних, рекреаційних і туристичних об'єктів;
- d) для забезпечення того, щоб діти-інваліди мали рівний з іншими дітьми доступ до участі в іграх, у проведенні дозвілля та відпочинку й у спортивних заходах, зокрема заходах у рамках шкільної системи;
- e) для забезпечення того, щоб інваліди мали доступ до послуг тих, хто займається організацією дозвілля, туризму, відпочинку та спортивних заходів.

Стаття 31. Статистика та збирання даних

1. Держави-учасниці зобов'язуються здійснювати збирання належної інформації, зокрема статистичних і дослідних даних, що дають їм змогу розробляти й здійснювати стратегії для цілей виконання цієї Конвенції. У ході збирання та зберігання цієї інформації належить:

- а) дотримуватись юридично встановлених гарантій, зокрема законодавства про захист даних, щоб забезпечити конфіденційність і недоторканість приватного життя інвалідів;
- б) дотримуватись міжнародно визнаних норм, які стосуються захисту прав людини й основоположних свобод, а також етичних принципів під час збирання й використання статистичних даних.

2. Зібрана відповідно до цієї статті інформація дезагрегується відповідним чином і використовується для сприяння оцінці того, як держави-учасниці виконують свої зобов'язання за цією Конвенцією, а також для виявлення та усунення бар'єрів, з якими інваліди зустрічаються під час здійснення своїх прав.

3. Держави-учасниці беруть на себе відповідальність за поширення цих статистичних даних і забезпечують доступність їх для інвалідів та інших осіб.

Стаття 32. Міжнародне співробітництво

1. Держави-учасниці визнають важливість міжнародного співробітництва та його заохочення задля підтримки національних зусиль з реалізації цілей і завдань цієї Конвенції та вживають у цьому зв'язку належних і ефективних заходів по міжнародній лінії, а де це є доречним – у партнерстві з відповідними міжнародними та регіональними організаціями й громадянським суспільством, зокрема організаціями інвалідів. Такі заходи могли б, зокрема, включати:

- а) забезпечення того, щоб міжнародне співробітництво, зокрема міжнародні програми розвитку, охоплювало інвалідів і було для них доступним;
- б) полегшення й підтримку зміцнення наявних можливостей, зокрема шляхом взаємного обміну інформацією, досвідом, програмами та передовими напрацюваннями;
- с) сприяння співробітництву в галузі досліджень і доступу до науково-технічних знань;
- д) надання, де це є доречним, техніко-економічної допомоги, зокрема шляхом полегшення доступу до доступних і допоміжних технологій і шляхом взаємного обміну ними, а також через передачу технологій.

2. Положення цієї статті не стосуються обов'язку кожної держави-учасниці з виконання своїх зобов'язань відповідно до цієї Конвенції.

Стаття 33. Національне виконання та моніторинг

1. Держави-учасниці відповідно до свого організаційного устрою призначають в уряді одну чи кілька інстанцій, що курирують питання, пов'язані з виконанням цієї Конвенції, і належним чином вивчають можливість заснування або призначення в уряді координаційного механізму для сприяння відповідній роботі в різних секторах і на різних рівнях.

2. Держави-учасниці відповідно до свого правового й адміністративного устрою підтримують, зміцнюють, призначають або засновують у себе структуру, яка включає, де це є доречним, один чи кілька незалежних механізмів, для заохочення, захисту й моніторингу виконання цієї Конвенції. Під час призначення або заснування такого механізму держави-учасниці беруть до уваги принципи, що стосуються статусу й функціонування національних установ, які займаються захистом і заохоченням прав людини.

3. Громадянське суспільство, зокрема інваліди й організації, що їх представляють, у повному обсязі залучаються до процесу нагляду й беруть участь у ньому.

Стаття 34. Комітет з прав інвалідів

1. Засновується Комітет з прав інвалідів («Комітет»), який виконує функції, передбачені нижче.

2. У момент набрання чинності цією Конвенцією Комітет складається з дванадцяти експертів. Після ще шістдесяти ратифікацій Конвенції чи приєднань до неї членський склад Комітету збільшується на шість осіб, досягаючи максимуму – вісімнадцяти членів.

3. Члени Комітету виступають від власної особи та мають високі моральні якості й визнану компетентність і досвід у галузі, що охоплюється цією Конвенцією. Під час висунення своїх кандидатів державам-учасницям пропонується належним чином ураховувати положення, сформульоване в пункті 3 статті 4 цієї Конвенції.

4. Члени Комітету обираються державами-учасницями, причому приділяється увага справедливому географічному розподілові, представництву різних форм цивілізації та основних правових систем, збалансованій представленості статей та участі експертів-інвалідів.

5. Члени Комітету обираються таємним голосуванням зі списку кандидатів, висунутих державами-учасницями із числа своїх громадян, на засіданнях Конференції держав-учасниць. На цих засіданнях, на яких дві третини держав-учасниць складають кворум, обраними до складу Комітету вважаються ті кандидати, які отримали найбільшу кількість голосів і абсолютну більшість голосів представників держав-учасниць, які були присутні та брали участь у голосуванні.

6. Перші вибори проводяться не пізніше, ніж через шість місяців від дня набрання чинності цією Конвенцією. Щонайменше за чотири місяці до дати кожних виборів Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй звертається до держав-учасниць з листом, пропонуючи їм визначити кандидатури протягом двох місяців. Потім Генеральний секретар складає за алфавітом список усіх висунутих таким чином кандидатів із зазначенням держав-учасниць, що їх висунули, і надсилає його державам-учасницям цієї Конвенції.

7. Члени Комітету обираються на чотирирічний строк. Вони мають право бути переобраними тільки один раз. Проте строк повноважень шести із членів, обраних на перших виборах, закінчується в кінці дворічного періоду; негайно після перших виборів імена цих шести членів визначаються жеребкуванням головуючим на засіданні, про яке йдеться в пункті 5 цієї статті.

8. Обрання шести додаткових членів Комітету приурочується до звичайних виборів, що регулюються відповідними положеннями цієї статті.

9. Якщо який-небудь член Комітету вмирає або йде у відставку чи оголошує, що не в змозі більше виконувати свої обов'язки з якоїсь іншої причини, держава-учасниця, що висунула кандидатуру цього члена, на строк повноважень, що залишився, призначає іншого експерта, який має кваліфікацію та відповідає вимогам, передбаченим у відповідних положеннях цієї статті.

10. Комітет установлює власні правила процедури.

11. Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй представляє необхідний персонал і матеріальні засоби для ефективного здійснення Комітетом своїх функцій відповідно до цієї Конвенції та скликає його перше засідання.

12. Члени Комітету, заснованого відповідно до цієї Конвенції, отримують винагороду, що затверджується Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй, з коштів Організації Об'єднаних Націй у порядку й на умовах, що встановлюються Асамблеєю з урахуванням важливості обов'язків Комітету.

13. Члени Комітету мають право на пільги, привілеї та імунітети експертів у відрядженнях у справах Організації Об'єднаних Націй, закріплені у відповідних розділах Конвенції про привілеї та імунітети Об'єднаних Націй.

Стаття 35. Доповіді держав-учасниць

1. Кожна держава-учасниця подає Комітетові через Генерального секретаря Організації Об'єднаних Націй усеосяжну доповідь про заходи, ужиті для виконання нею своїх зобов'язань за цією Конвенцією, і про прогрес, досягнутий стосовно цього, протягом двох років після набрання чинності цією Конвенцією для відповідної держави-учасниці.

2. У подальшому держави-учасниці надають наступні доповіді не рідше, ніж раз на чотири роки, а також тоді, коли про це попросить Комітет.

3. Комітет установлює керівні принципи, що визначають зміст доповідей.

4. Державі-учасниці, яка надала Комітетові всеосяжну першу доповідь, немає необхідності повторювати у своїх наступних доповідях раніше надану інформацію. Державам-учасницям пропонується подумати про те, щоб робити підготовку доповідей Комітетові відкритим і транспарентним процесом, і належним чином ураховувати положення, сформульоване в пункті 3 статті 4 цієї Конвенції.

5. У доповідях можуть зазначатися фактори й труднощі, що впливають на ступінь виконання зобов'язань за цією Конвенцією.

Стаття 36. Розгляд доповідей

1. Кожна доповідь розглядається Комітетом, який вносить стосовно неї пропозиції та загальні рекомендації, які він вважає доречними, і надсилає їх відповідній державі-учасниці. Держава-учасниця може у відповідь надіслати Комітетові будь-яку інформацію за власним вибором. Комітет може запитувати в держав-учасниць додаткову інформацію, що стосується виконання цієї Конвенції.

2. Коли держава-учасниця суттєво запізнюється з поданням доповіді, Комітет може повідомити відповідній державі-учасниці про те, що якщо протягом трьох місяців після цього повідомлення відповідна доповідь не буде подана, то питання про виконання цієї Конвенції в цій державі-учасниці необхідно буде розглянути на підставі достовірної інформації, що її має у своєму розпорядженні Комітет. Комітет пропонує відповідній державі-учасниці взяти участь у такому розгляді. Якщо держава-учасниця у відповідь подасть відповідну доповідь, то застосовуються положення пункту 1 цієї статті.

3. Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй надає доповіді в розпорядження всіх держав-учасниць.

4. Держави-учасниці забезпечують широкий доступ до своїх доповідей для громадськості у себе в країні й полегшують ознайомлення з пропозиціями та загальними рекомендаціями, що стосуються цих доповідей.

5. Коли Комітет вважає це доречним, він надсилає доповіді держав-учасниць до спеціалізованих установ, фондів та програм Організації Об'єднаних Націй, а також до інших компетентних органів, щоб ті звернули увагу на висловлене там прохання стосовно надання технічної консультації або допомоги чи вказівку, що міститься там, стосовно потреби в останніх, разом із зауваженнями та рекомендаціями Комітету (якщо такі є) з приводу цих прохань або вказівок.

Стаття 37. Співробітництво між державами-учасницями й Комітетом

1. Кожна держава-учасниця співробітничає з Комітетом і сприяє його членам у виконанні ними свого мандата.

2. У своїх відносинах із державами-учасницями Комітет належним чином ураховує шляхи й засоби нарощування національних можливостей стосовно виконання цієї Конвенції, зокрема з допомогою міжнародного співробітництва.

Стаття 38. Відносини Комітету з іншими органами

Для сприяння ефективному виконанню цієї Конвенції й заохочення міжнародного співробітництва у сфері, що нею охоплюється:

а) спеціалізовані установи та інші органи Організації Об'єднаних Націй мають право бути представленими під час розгляду питання про виконання таких положень цієї Конвенції, які підпадають під їхній мандат. Коли Комітет вважає це доречним, він може пропонувати спеціалізованим установам та іншим компетентним органам зробити експертний висновок стосовно виконання Конвенції в галузях, що підпадають під їхні відповідні мандати. Комітет може пропонувати спеціалізованим установам та іншим органам Організації Об'єднаних Націй подати доповіді про виконання Конвенції в галузях, що належать до сфери їхньої діяльності;

б) під час виконання свого мандату Комітет консультується, коли це є доречним, з іншими відповідними органами, заснованими на підставі міжнародних договорів з прав людини, щоб забезпечувати узгодженість їхніх відповідних керівних принципів подання доповідей, а також пропозицій і загальних рекомендацій, що ними вносяться, та уникати дублювання та паралелізму під час здійснення ними своїх функцій.

Стаття 39. Доповідь Комітету

Комітет раз на два роки подає Генеральній Асамблеї та Економічній і Соціальній Раді доповідь про свою діяльність і може вносити пропозиції і загальні рекомендації, що ґрун-

туються на розгляді отриманих від держав-учасниць доповідей та інформації. Такі пропозиції та загальні рекомендації включаються до доповіді Комітету разом з коментарями (якщо такі є) держав-учасниць.

Стаття 40. Конференція держав-учасниць

1. Держави-учасниці регулярно збираються на Конференцію держав-учасниць для розгляду будь-якого питання, що стосується виконання цієї Конвенції.

2. Не пізніше, ніж через шість місяців після набрання чинності цією Конвенцією Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй скликає Конференцію держав-учасниць. Наступні наради скликаються Генеральним секретарем раз на два роки або за рішенням Конференції держав-учасниць.

Стаття 41. Депозитарій

Депозитарієм цієї Конвенції є Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй.

Стаття 42. Підписання

Ця Конвенція відкрита для підписання всіма державами-учасницями та організаціями регіональної інтеграції в Центральних установах Організації Об'єднаних Націй у Нью-Йорку з 30 березня 2007 року.

Стаття 43. Згода на обов'язковість

Ця Конвенція підлягає ратифікації державами, що її підписали, та офіційному підтвердженню організаціями регіональної інтеграції, що її підписали. Вона відкрита для приєднання до неї будь-якої держави чи організації регіональної інтеграції, які не підписали цієї Конвенції.

Стаття 44. Організації регіональної інтеграції

1. «Організація регіональної інтеграції» означає створену суверенними державами певного регіону організацію, якій її держави-члени передали повноваження стосовно питань, які регулюються Конвенцією. Такі організації зазначають у своїх документах про офіційне підтвердження чи зазначення меж своєї компетенції стосовно питань, які регулюються цією Конвенцією. У подальшому вони інформують депозитарій про будь-які суттєві зміни в обсязі їхньої компетенції.

2. Посилання в цій Конвенції на «держав-учасниць» стосуються таких організацій у межах їхньої компетенції.

3. Для цілей пункту 1 статті 45 та пунктів 2 й 3 статті 47 цієї Конвенції жодний документ, зданий на зберігання організацією регіональної інтеграції, не враховується.

4. У питаннях, що належать до їхньої компетенції, організації регіональної інтеграції можуть здійснювати своє право голосу на Конференції держав-учасниць з кількістю голосів, що дорівнює кількості їхніх держав-членів, які є учасницями цієї Конвенції. Така організація не здійснює свого права голосу, якщо своє право здійснює будь-яка з її держав-членів, і навпаки.

Стаття 45. Набрання чинності

1. Ця Конвенція набирає чинності на тридцятий день після здачі на зберігання двадцятої ратифікаційної грамоти або документа про приєднання.

2. Для кожної держави чи організації регіональної інтеграції, що ратифікують цю Конвенцію, офіційно підтверджують її чи приєднуються до неї після здачі на зберігання двадцятого такого документа, Конвенція набирає чинності на тридцятий день після здачі ними на зберігання свого такого документа.

Стаття 46. Застереження

1. Застереження, не сумісні з об'єктом і метою цієї Конвенції, є неприпустимими.

2. Застереження можуть бути зняті будь-коли.

Стаття 47. Поправки

1. Будь-яка держава-учасниця може запропонувати поправку до цієї Конвенції та подати її Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй. Генеральний секретар повідомляє будь-які запропоновані поправки державам-учасницям, звертаючись із

проханням повідомити йому, чи виступають вони за проведення конференції держав-учасниць для розгляду цих пропозицій та ухвалення рішення стосовно них. У випадку, якщо протягом чотирьох місяців від дати такого повідомлення не менше третини держав-учасниць виступить за проведення такої конференції, Генеральний секретар скликає конференцію під егідою Організації Об'єднаних Націй. Будь-яка поправка, схвалена більшістю у дві третини держав-учасниць, які присутні й беруть участь у голосуванні, надсилається Генеральним секретарем до Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй для затвердження, а потім усім державам-учасницям для прийняття.

2. Поправка, схвалена й затверджена відповідно до пункту 1 цієї статті, набирає чинності на тридцятий день після того, як кількість зданих на зберігання документів про прийняття досягне двох третин кількості держав-учасниць на дату схвалення цієї поправки. У подальшому поправка набирає чинності для будь-якої держави-учасниці на тридцятий день після здачі нею на зберігання свого документа про прийняття. Поправка є обов'язковою лише для тих держав-учасниць, які її прийняли.

3. Якщо Конференція держав-учасниць прийме консенсусом відповідне рішення, схвалена й затверджена відповідно до пункту 1 цієї статті поправка, яка стосується виключно статей 34, 38, 39 та 40, набирає чинності для всіх держав-учасниць на тридцятий день після того, як кількість зданих на зберігання документів про прийняття досягне двох третин кількості держав-учасниць на дату схвалення цієї поправки.

Стаття 48. Денонсація

Держава-учасниця може денонсувати цю Конвенцію за допомогою письмового повідомлення Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй. Денонсація набирає чинності через рік після дати отримання Генеральним секретарем такого повідомлення.

Стаття 49. Доступний формат

Повинно бути забезпечено наявність тексту цієї Конвенції в доступних форматах.

Стаття 50. Автентичні тексти

Тексти цієї Конвенції англійською, арабською, іспанською, китайською, російською та французькою мовами є рівноавтентичними.

На посвідчення чого ті, що підписалися нижче, повноважні представники, належним чином на те вповноважені своїми відповідними урядами, підписали цю Конвенцію.

Факультативний протокол до Конвенції про права інвалідів*

Офіційний переклад

Держави – учасниці цього Протоколу домовилися про таке:

Стаття 1

1. Держава – учасниця цього Протоколу («державо-учасниця») визнає компетенцію Комітету з прав інвалідів («Комітет») приймати й розглядати повідомлення від осіб або груп осіб, які перебувають під її юрисдикцією та заявляють, що є жертвами порушення цієї державою-учасницею положень Конвенції, або від їхнього імені.

2. Повідомлення не приймається Комітетом, якщо воно стосується держави – учасниці Конвенції, яка не є учасницею цього Протоколу.

Стаття 2

Комітет вважає повідомлення неприйнятним, коли:

- a) повідомлення є анонімним;
- b) повідомлення є зловживанням правом на подання таких повідомлень чи несумісним з положеннями Конвенції;
- c) те саме питання вже розглядалося Комітетом чи було розглянуте або розглядається в рамках іншої процедури міжнародного розгляду або врегулювання;
- d) вичерпано не всі наявні внутрішні засоби захисту. Це правило не застосовується, коли вжиття засобів захисту не виправдано зволікається або навряд чи матиме дієвий ефект;
- e) воно є явно необґрунтованим чи недостатньо аргументованим;
- f) факти, що є предметом повідомлення, мали місце до набрання чинності цим Протоколом для відповідної держави-учасниці, якщо тільки ці факти не продовжувались і після згаданої дати.

Стаття 3

З урахуванням положень статті 2 цього Протоколу Комітет у конфіденційному порядку доводить будь-які надані йому повідомлення до відома держави-учасниці. У шестимісячний строк держава, що отримала повідомлення, надає Комітетові письмові пояснення чи заяви з уточненням питання або засобу захисту (якщо такий є), який, можливо, був застосований цією державою.

Стаття 4

1. У будь-який момент між отриманням повідомлення й винесенням ухвали по суті Комітет може надіслати відповідній державі-учасниці для невідкладного розгляду прохання про вжиття цієї державою-учасницею таких тимчасових заходів, які можуть бути необхідними для того, щоб уникнути заподіяння можливої непоправної шкоди жертві або жертвам гаданого порушення.

2. Коли Комітет здійснює своє дискреційне право відповідно до пункту 1 цієї статті, це не означає, що він прийняв рішення стосовно прийнятності для нього по суті повідомлення.

Стаття 5

Під час розгляду повідомлень відповідно до цього Протоколу Комітет проводить закриті засідання. Після вивчення повідомлення Комітет надсилає свої пропозиції та рекомендації (якщо такі є) відповідній державі-учасниці та заявнику.

Стаття 6

1. Якщо Комітет отримує достовірну інформацію, яка вказує на серйозні або систематичні порушення державою-учасницею прав, закріплених у Конвенції, він пропонує цій державі-учасниці співробітничати у вивченні цієї інформації і з цією метою подати зауваження стосовно відповідної інформації.

2. З урахуванням будь-яких зауважень, які можуть бути подані відповідною державою-учасницею, а також будь-якої іншої достовірної інформації, яку має Комітет, він мо-

* Факультативний протокол ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009

же доручити одному чи кільком своїм членам провести розслідування й терміново подати доповідь Комітетові. У тих випадках, коли це виправдано, та за згодою держави-учасниці розслідування може включати відвідання її території.

3. Після вивчення результатів такого розслідування Комітет перепроводжує ці результати відповідній державі-учасниці разом з будь-якими коментарями та рекомендаціями.

4. Протягом шести місяців з моменту отримання результатів, коментарів та рекомендацій, перепроведених Комітетом, держава-учасниця подає йому свої зауваження.

5. Таке розслідування проводиться в конфіденційному порядку, і на всіх етапах процесу передбачається звернення до держави-учасниці стосовно співробітництва.

Стаття 7

1. Комітет може запропонувати відповідній державі-учасниці включити до її доповіді, передбаченої статтею 35 Конвенції, відомості про будь-які заходи, ужиті як відповідь на розслідування, проведене відповідно до статті 6 цього Протоколу.

2. За необхідності Комітет може після закінчення шестимісячного строку, про який ідеться в пункті 4 статті 6, запропонувати відповідній державі-учасниці інформувати його про заходи, ужиті як відповідь на таке розслідування.

Стаття 8

Кожна держава-учасниця може в момент підписання цього Протоколу, його ратифікації або приєднання до нього заявити, що не визнає компетенції Комітету, передбаченої в статтях 6 і 7.

Стаття 9

Депозитарієм цього Протоколу є Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй.

Стаття 10

Цей Протокол відкритий для підписання державами та організаціями регіональної інтеграції, які підписали Конвенцію, у Центральних установах Організації Об'єднаних Націй у Нью-Йорку з 30 березня 2007 року.

Стаття 11

Цей Протокол підлягає ратифікації державами, які підписали його та ратифікували Конвенцію або приєдналися до неї. Він підлягає офіційному підтвердженню організаціями регіональної інтеграції, які підписали його та офіційно підтвердили Конвенцію або приєдналися до неї.

Він відкритий для приєднання до нього будь-якої держави чи організації регіональної інтеграції, які ратифікували Конвенцію, офіційно підтвердили її або приєдналися до неї та які не підписали цього Протоколу.

Стаття 12

1. «Організація регіональної інтеграції» означає створену суверенними державами певного регіону організацію, якій її держави-члени передали компетенцію стосовно питань, що регулюються Конвенцією та цим Протоколом. Такі організації зазначають у своїх документах про офіційне підтвердження або приєднання обсяг своєї компетенції стосовно питань, що регулюються Конвенцією та цим Протоколом. Надалі вони інформують депозитарій про будь-які суттєві зміни в обсязі їхньої компетенції.

2. Посилання в цьому Протоколі на «держав-учасниць» стосуються таких організацій у межах їхньої компетенції.

3. Для цілей пункту 1 статті 13 й пункту 2 статті 15 цього Протоколу жодний документ, зданий на зберігання організацією регіональної інтеграції, не зараховується.

4. У питаннях, що належать до їхньої компетенції, організації регіональної інтеграції можуть здійснювати своє право голосу на нараді держав-учасниць з кількістю голосів, що дорівнює кількості їхніх держав-членів, які є учасницями цього Протоколу. Така організація не здійснює свого права голосу, якщо своє право здійснює будь-яка з її держав-членів, і навпаки.

Стаття 13

1. За умови набрання чинності Конвенцією цей Протокол набирає чинності на тридцятий день після здачі на зберігання десятої ратифікаційної грамоти чи документа про приєднання.

2. Для кожної держави або організації регіональної інтеграції, які ратифікують цей Протокол, офіційно підтверджують його або приєднуються до нього після здачі на зберігання десятого такого документа, Протокол набирає чинності на тридцятий день після здачі ними на зберігання свого такого документа.

Стаття 14

1. Застереження, які є несумісними з об'єктом і метою цього Протоколу, є неприпустимими.

2. Застереження можуть бути зняті будь-коли.

Стаття 15

1. Будь-яка держава-учасниця може запропонувати поправку до цього Протоколу й подати її Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй. Генеральний секретар повідомляє будь-які запропоновані поправки державам-учасницям, просячи повідомити йому, чи виступають вони за проведення наради держав-учасниць для розгляду цих пропозицій та ухвалення рішення стосовно них. У випадку, якщо протягом чотирьох місяців від дати такого повідомлення не менше третини держав-учасниць виступить за проведення такої наради, Генеральний секретар скликає нараду під егідою Організації Об'єднаних Націй. Будь-яка поправка, схвалена більшістю у дві третини держав-учасниць, які є присутніми й беруть участь у голосуванні, надсилається Генеральним секретарем до Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй для затвердження, а потім усім державам-учасницям для прийняття.

2. Поправка, схвалена й затверджена відповідно до пункту 1 цієї статті, набирає чинності на тридцятий день після того, як кількість зданих на зберігання документів про прийняття досягне двох третин кількості держав-учасниць на дату схвалення цієї поправки. Надалі поправка набирає чинності для будь-якої держави-учасниці на тридцятий день після здачі нею на зберігання свого документа про прийняття. Поправка є обов'язковою лише для тих держав-учасниць, які її прийняли.

Стаття 16

Держава-учасниця може денонсувати цей Протокол шляхом письмового повідомлення Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй. Денонсація набирає чинності через рік після дати отримання Генеральним секретарем такого повідомлення.

Стаття 17

Повинно бути забезпечено наявність тексту цього Протоколу в доступних форматах.

Стаття 18

Тексти цього Протоколу англійською, арабською, іспанською, китайською, російською та французькою мовами є рівноавтентичними.

На посвідчення чого ті, що нижче підписалися, повноважні представники, належним чином на те вповноважені своїми відповідними урядами, підписали цей Протокол.

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї
(Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 9, ст.77)

Верховна Рада України **постановляє**:
Конвенцію про права інвалідів і Факультативний протокол до неї, вчинені 13 грудня
2006 року в м. Нью-Йорку, ратифікувати.

Президент України В.ЮЩЕНКО

м. Київ, 16 грудня 2009 року, № 1767-VI

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 1.2

ДОДАТОК 1

Принципи концепції нормалізації за Б. Нір'є*

Принцип нормалізації був сформульований приблизно 20 років тому в Скандинавії (Бенгтом Нір'є), коли було зроблено висновок стосовно того, що якість життя людей визначається не порушеннями, а тим, що заважає людям вести повноцінне життя, тобто жити так само, як їхні ровесники без порушень. В основі соціальної моделі інвалідності лежить концепція рівних прав і рівних можливостей для всіх членів суспільства і концепція нормалізації життя людини з функціональними порушеннями.

Нормалізація життя не означає, що людина з порушеннями стає «нормальною», тобто людиною без порушень – цей термін означає, що життя людини стає нормальним, таким, як і в інших членів суспільства. Нормальний стан життя для будь-якої людини включає:

- нормальний (звичайний) режим дня - робота, відпочинок і вільний час (можливість самому планувати свій день і змінювати режим дня за своїм бажанням, можливість жити в одному місці, а працювати в іншому);
- нормальний (звичайний) ритм тижня - такий самий, як і в інших членів суспільства з чергуванням робочих і вихідних днів;
- нормальний (звичайний) ритм року (свята і відпустка такі, як і в інших людей);
- нормальний розвиток життєвого циклу (дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість і старість);
- нормальна повага і право на самовизначення;
- нормальні (звичайні) для певної культури форми статевого життя;
- нормальні для певної країни економічні форми і права;
- нормальні для даного суспільства вимоги до навколишнього середовища і життєвих стандартів.

Основні складові нормального життя щодо дітей з порушеннями

Режим дня.

Досить часто діти не можуть самі змінювати режим дня, виходячи зі своїх потреб. Така ж історія і зі звичайними дітьми, єдина різниця – ближче до підліткового віку звичайна дитина все ж таки починає сама планувати виконання домашніх завдань, час підйому у вихідні та будні і здатна сама розрахувати необхідний для зборів час. Дитина з порушеннями часто так і залишається повністю залежною від дорослих, які її оточують. Не претендуючи на глобальність, спробуємо розібратися, чому це відбувається.

Будь-яка дитина з порушеннями розвитку значно довше, ніж дитина зі звичайним розвитком, фізично залежить від дорослого. «Особливу» дитину доводиться носити, підтримувати в сидячому або стоячому положенні, допомагати їй дотягтися до предмета або схопити іграшку. У такій ситуації саме дорослий «трактує» бажання дитини, інтерпретує її комунікативні сигнали та допомагає діяти. Часто це єдиний шлях, адже самостійно дитина зробити всього цього ніколи не зможе. Проте здатність діяти самостійно при цьому не розвивається. Дитина не вчиться сама себе займати, самостійно визначати свої бажання та обирати, чого хочеться більше...

Що ж можна зробити? Перший шлях – намагатися використовувати пристрої або технічні допоміжні засоби, за допомогою яких дитина може обійтися без рук дорослого і відчувати себе самостійною. Наприклад, якщо хлопчик із церебральним паралічем може проводити 30 хвилин на день у вертикалізаторі та самостійно грати в іграшки, розташовані на столі перед ним, то він поступово навчається вибирати те, що йому потрібно, і діяти самостійно.

Друга ідея – зробити для дитини «видимим» або «помітним» розклад дня. Можуть допомогти прості картинки із зображенням повсякденних справ, які кріпляться на

* Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями: Теоретические основы и практический опыт / сост., ред. и автор предисл. К. Грюневальд; пер. со шведск. А. Львовского. - СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. - 144с.

липучці або вставляються в планшет. Таку картинку можна показувати з коментарями, наприклад: «Дивися, зараз нам потрібно йти гуляти, а потім ми пообідаємо.», її можна власноруч вішати і знімати («зробив справу – зняв картинку»). Поступово можна перейти і до більш абстрактних способів розпізнавання часу та регулювання режиму дня.

Ще одна необхідна річ, яка підготує до самостійності, – давати дитині вибір скрізь, де це можливо. «Що ти хочеш – це або це?» – дуже важливий елемент усвідомлення власної здатності вирішувати щось у повсякденному житті. А часто це дуже допомагає позбутися неслухняності, істерик та інших «батьківських радостей».

Описані тут прийоми – це лише перші кроки до готовності дитини саму себе займати, структурувати режим дня і свій вільний час. Ніхто не знає, наскільки самостійною зможе стати кожна конкретна дитина – кожен з нас знає дорослих самостійних людей, які зазнають труднощів із плануванням часу. Але, безумовно, якщо не розвивати цих навичок, то власними силами дитині їх не засвоїти. Багато корисних рекомендацій можна знайти у книзі Брюса Л. Бейкера та Алана Дж. Брайтмана «Шлях до незалежності».

Ритм тижня.

Для дитини, яка не відвідує дитячий садок або школу, всі дні тижня зливаються в один нескінченний потік. Вівторок не відрізняється від середи, а четвер організований так само, як і неділя. Для нас із вами і для дітей зі звичайним розвитком між суботою та понеділком існує величезна різниця.

Для того, аби допомогти дитині навчитися розрізняти дні тижня, можна використати той же трюк з табличками, але важливо придумати, чим же все-таки один день відрізняється від іншого. Якщо проаналізувати наше з вами життя, то у кожній родині існує розклад тижня, цілком природний для цієї родини, пов'язаний з якимись сімейними традиціями та ритуалами. Наприклад, «по суботах до нас приходить бабуся», «по п'ятницях тато приходить раніше», «у неділю ми завжди обідаємо всі разом і їмо щось смачне». Усі ці, здавалося б, непомітні дрібниці можуть стати основою для нормального ритму тижня.

Ритм року.

Народження будь-якої дитини порушує звичний ритм життя родини. Із народженням дитини з порушеннями членам родини набагато важче зберегти звичайний ритм життя. Але все ж таки існують свята, дні народження, відпустка та інші події, низка яких і становить нормальний ритм року.

Наведемо лише один приклад. Дівчинка п'яти років із важким спастичним тетрапарезом уперше потрапила на Новорічну ялинку. Усе було, як треба: і Дід Мороз, і Снігуронька, і подарунки. Під час чаювання мама дівчинки сказала: «Як здорово, адже Таня вперше побачила вбрану ялинку!» Потім вона пояснила, що вдома після народження Тані ялинку не прикрашали, телевізор вони особливо не дивляться, подарунки, звичайно, дарували, але Діда Мороза додому не кликали... Можна запитати: а ви можете уявити себе, п'ятирічного, без Нового року?

Життєвий цикл.

Це одне з найболючіших питань. Що буде з дитиною, коли вона виросте? Як убезпечити її від можливої агресії, у тому числі сексуальної? Іноді хочеться, аби діти назавжди залишилися дітьми... На жаль, це неможливо. І дорослішання без підготовки до дорослішання – річ досить небезпечна.

Що ми робимо, стаючи дорослими? Виконуємо все більше щоденних обов'язків, і вони змінюються з віком; самостійно користуємося грошми, транспортом та іншими благами цивілізації; закохуємося, одружуємося та заводимо дітей.

Хочеться зупинитися на останньому пункті. Родина й батьківство – величезне щастя для будь-якої людини. Відомо безліч прикладів, коли люди із найрізноманітнішими порушеннями створювали родини і були щасливі. Сьогодні стати мамою може не лише дівчинка із церебральним паралічем, а й дівчинка після спинальної травми. Молоді люди

з важкими ушкодженнями хребта і спинного мозку теж здатні стати батьками, хоча кілька років тому це було фантастикою. Ми знаємо родини, створені людьми з розумовою відсталістю, вони прекрасні батьки чудових дітей. Звичайно, їм потрібна допомога; звичайно, потрібно навчати їх усіх премудрощів «дорослого» життя і планування родини; звичайно, потрібно проаналізувати всі можливі спадкоємні ризики.

Батькам-вихователям, прийомним батькам доцільно пам'ятати, що сучасна медицина, як і фахова соціальна робота мають на меті підвищення якості життя користувачів послуг. Особливо важливо підвищувати якість життя тих людей, які мають довгострокову проблему, до яких належать і діти з інвалідністю. Дитина має навчитися жити при тому стані здоров'я чи хворобі, які не підлягають радикальному лікуванню. Завдання батьків – оточити дітей турботою не лише власної родини, але також по можливості й того найближчого мікросоціуму, в якому діти ростуть і виховуються.

Необхідно пам'ятати, що стиль життя будь-якої людини великою мірою формується у дитинстві й залежить від виховання. Дитина з особливими потребами легше і швидше стане повноправним членом суспільства й буде брати активну участь у житті своєї громади нарівні з іншими, якщо у ставленні до такої дитини буде домінувати не жалість і не прагнення оберігати її від звичайних для кожної людини проблем, зобов'язань або навантажень, а прагнення максимально розвинути потенціал дитини і навчити відстоювати права та працювати в міру можливостей. Плануючи день чи життя дитини по-іншому, ніж для ровесників, прийомні батьки та батьки-вихователі повинні мати для того достатньо підстав і намагатися уникнути негативних наслідків.

ДОДАТОК 2

Концепція нормалізації, холістичний підхід*

Два десятиліття тому практика соціальної роботи прийшла до використання біопсихосоціального підходу, який був концептуально підтриманий в наукових працях 90-х років. Зазначений підхід враховує особливості людини, когнітивні процеси і соціальне оточення, сприяє соціальному функціонуванню людини шляхом залучення і активізації підтримки навколишнього середовища.

Розвиток біопсихосоціального підходу випередило виникнення концепції нормалізації, яка була розроблена на початку 1960-х датськими і шведськими представниками служб догляду за людьми з інтелектуальною недостатністю. Міжнародне визнання цей принцип отримав після того, як шведський дослідник Бенгт Нірє детально описав його в 1969 році.

Згідно його теорії «принцип нормалізації означає, що для людей з функціональними обмеженнями повинні бути доступними такі ж форми повсякденного існування і умови життя, які є максимально наближеними до загальноприйнятих чи фактично з ними співпадають». Концепція нормалізації базується на переконанні, що перебування в закладах закритого типу є небажаним для людей з будь-яким типом патології, що практично всі особи, навіть зі стійкими порушеннями, можуть і повинні мати (наскільки це можливо) нормальне і повноцінне життя.

Компоненти нормального повсякденного життя, які включає в себе цей принцип і на які люди з інтелектуальною недостатністю мають таке ж право, як і інші, є наступними:

- нормальний добовий ритм;
- нормальний тижневий ритм;
- нормальний річний ритм;
- нормальні форми життєвого циклу;
- право на повагу і самовизначення;
- нормальні для певної культури форми статевого життя;
- забезпечення реалізації економічних прав;
- нормальні для певного суспільства вимоги до навколишнього середовища і житлових стандартів.

Концепція нормалізації стосується всіх людей з функціональними обмеженнями, незалежно від того, мають вони незначну чи і суттєву затримку розвитку, і незалежно від того, де вони живуть. Цей принцип може і повинен бути застосованим у всіх суспільствах для всіх вікових груп, а також може бути адаптованим до особливостей індивідуального розвитку чи змін у суспільстві.

Застосування принципу нормалізації не перетворює людей з фізичними патологіями чи інтелектуальною недостатністю на «нормальних», його призначення – довести, що умови їх життя можуть стати якнайближчими до нормальних, але з урахуванням їх особливих потреб. Тим самим вдається уникнути навішування ярликів, яке відбувається при влаштуванні людини в закриту установу. Важливо говорити про нормалізацію з точки зору дотримання і реалізації законних прав людей з інвалідністю.

В. Вольфенсбергер стверджував, що для ефективного застосування концепції нормалізації життя людей з особливими потребами для різних сфер потрібно наступне:

- для окремої людини з інвалідністю – наближення його життєвих умов і форм взаємодії з іншими людьми до загальноприйнятих у певній культурі;
- для соціальних установ – проведення відповідного консультування батьків і взаємодія з ними з метою створення для їхньої дитини найбільш інтегрованої форми життя, підтримка дружнього ставлення до людей з інвалідністю, подолання надмірної залежності, а також нереалістичних очікувань;

- для суспільства – зміни в системі освіти, удосконалення законодавства і збільшення фінансування, розвиток толерантності і готовності до інтеграції.

Значний вплив на зміну поглядів на реабілітацію людей з інвалідністю мав холістичний підхід, який в деяких джерелах називають комплексним.

Холізм (від англ. whole – цілий, цілісний) розглядає людину не як сукупність певних фізіологічних і психічних характеристик, а як єдність розуму, тіла та духу. Людину можна описати з точки зору багатьох аспектів (фізичні, особисті характеристики, поведінка, звички, зовнішній вигляд і так далі), але це не дасть нам повного уявлення про людину, оскільки ціле – це завжди більше, ніж сума частин. Крім того, на людину постійно впливає життєва ситуація, в якій вона знаходиться, кожен індивід має свою власну життєву історію і попередній досвід.

Якщо сприймати людину цілісно, то можна побачити не тільки її конкретні дисфункції. В цілому, надмірна увага до самого факту інвалідності нерідко приводить до песимізму і заважає правильно спланувати заходи допомоги і підтримки.

Таким чином, цінність холістичного підходу полягає в тому, що людина не ототожнюється з хворобою, крім того, вивчається вплив соціальних, культурних, психологічних і фізичних факторів на особистість. Застосування холістичного підходу означає відмову від медичної моделі, орієнтованої на різке протиставлення здоров'я і хвороби, сприйняття людей з обмеженими можливостями як потенційно недієздатних. Холістичний підхід передбачає ставлення до всіх користувачів соціальними послугами, зокрема і до людини з інвалідністю, не як до суб'єкту з патологією, а передусім як до особистості.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 1.3

ДОДАТОК 1

Роль системи охорони здоров'я у визначенні інвалідності та отриманні державної допомоги

Конвенція ООН про права інвалідів, ратифікована Україною, є головним законом про права дитини з інвалідністю. Два інші рамкові Закони України – «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та «Про реабілітацію інвалідів» підлягають змінам для узгодження з Конвенцією, так само як і низка підзаконних актів, які описують механізми виконання державних гарантій у конкретному випадку. Тому батькам доцільно зосередитися не на вивченні чинних нормативних актів, а зрозуміти перелік видів державної допомоги та джерела інформації, а головне – необхідність докладання зусиль для отримання інформації про права дитини з інвалідністю та для їх реалізації.

Конвенція твердить про суспільні бар'єри, які заважають особі з інвалідністю брати повну та ефективну участь у житті суспільства. Однак у житті однієї окремої дитини всю систему державної допомоги по інвалідності сконцентровано в площині хвороби цієї дитини. Фактично, саме точна назва діагнозу та особливості перебігу хвороби впливають на визначення статусу «дитина-інвалід». Лише отримавши статус інваліда, дитина має право на грошову допомогу (або державну соціальну допомогу по інвалідності), пільги, отримання індивідуальної програми реабілітації, відповідно до якої зможе безкоштовно одержувати сім видів реабілітаційних послуг, санаторно-курортне лікування, засоби протезування, реабілітації, вироби медичного призначення. Лише отримання ліків безкоштовно визначається не індивідуальною програмою реабілітації, а дільничним лікарем, але знову ж таки їх призначення залежить від того, як сформульовано діагноз. Таким чином, саме система охорони здоров'я постає перед прийомними батьками та батьками-вихователями в особі дільничного педіатра або спеціаліста (дитячого невролога, офтальмолога, психіатра, тощо), діагноз якого став причиною визначення інвалідності. Саме цей діагноз (його називають «основний діагноз») відіграє провідну роль у визначенні допомоги дитині у зв'язку з її неповносправністю.

Більше того, хоча визначення та забезпечення освітніх послуг, оздоровлення й відпочинку визначаються іншими службами (система освіти і соціального захисту), проте ще до початку отримання направлення до закладу спеціальної освіти, оздоровлення чи відпочинку батьків так само чекає зустріч із дільничним педіатром або лікарем вузької спеціальності, якщо дитина перебуває на диспансерному обліку, і ці лікарі обґрунтують потребу дитини і видадуть відповідну довідку для інших служб.

Окрім аспекти прав дітей з інвалідністю, забезпечення яких залежить від системи охорони здоров'я, визначаються великою кількістю нормативних актів, причому здебільшого це внутрішні відомчі документи (Постанови Кабінету Міністрів України, накази чи інструкції Міністерства охорони здоров'я тощо.). Роздаткові матеріали до правового блоку тренінгу, спрямованого на підготовку батьків-вихователів і прийомних батьків до виховання дітей з інвалідністю, містить перелік базових нормативних актів, які визначають окремі аспекти прав. Прийомним батькам і батькам-вихователям доцільно використовувати інтернет для пошуку перелічених нормативних актів або інших, які регламентують окремі ситуації, що неодмінно виникатимуть у майбутньому. Як правило, дільничні лікарі, соціальні працівники соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді самі нагадують батькам про необхідність вчинити дію (так званий правочин) для отримання допомоги: подати заяву, документи установленого зразка, зібрати довідки і подати до органу влади. Однак в Україні ще недостатньо ресурсів для виконання державою всіх гарантій перед дітьми з інвалідністю і можуть виникати ситуації, коли батькам доводиться активно добиватися гарантованих пільг та прав, зокрема при призначенні

безкоштовних ліків, реабілітаційних послуг, засобів реабілітації, санаторно-курортного лікування, оптимального виду навчання, тощо.

Якщо для отримання відповідей на питання стосовно догляду та виховання доцільно створити бібліотечку відповідної методичної літератури, то правова література достатньо швидко стає морально застарілою – через часті зміни в нормативних актах, тому намагайтеся знайти доступ до інтернет-ресурсів з питань прав дітей з інвалідністю, у разі ж відсутності такого доступу або невмінні трактувати нормативні акти, не соромтеся звертатися до лікарів, соціальних працівників та педагогів по допомогу, а також дізнаватися про чинні офіційні джерела забезпечення інформації: гарячі телефонні лінії, громадські приймальні, офіційні сайти та електронні адреси органів влади для звернень громадян. Також варто тримати зв'язок з такими самими батьками, які можуть іноді знати навіть більше за професіоналів: кожен професіонал знає законодавчі гарантії у своїй обмеженій сфері, а батьки мусять знати всі новації і зміни.

Батькам-вихователям, прийомним батькам доцільно знати, по-перше, загальний перелік видів допомоги, по-друге, джерела отримання достовірної інформації. Хоча системи охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, соціальних служб у цілому виконують покладені на них завдання, серед працівників названих служб немає спеціальних фахівців, відповідальних за забезпечення батьків необхідною інформацією та координацію роботи з надання державної допомоги дитині з особливими потребами. На відміну від західних країн, в Україні немає ключового соціального працівника, який виявляв би різнобічні потреби дитини із метою допомогти батькам і відповідно скеровував її до різних відомств. Роль такого ключового соціального працівника мають виконувати самі батьки. Тому батьки повинні бути активними і завжди запитувати фахівців про всі можливі види допомоги та пільги, що надає установа, до якої батьки звернулися (наприклад, дитина може не отримати путівку для оздоровлення лише тому, що батькам навіть не спало на думку запитати про таку путівку). Тому батькам доцільно мати якнайповнішу інформацію про контактні дані служб і закладів, копії своїх запитів та відповіді на них, копії медичних довідок, різноманітні інформаційні матеріали про види і джерела допомоги, а також активно звертатися по допомогу до тих посадових осіб, які представляють відповідні служби та установи.

Батьки повинні мати загальні орієнтири щодо видів державної допомоги дитині з інвалідністю: виплат, пільг, послуг, державних гарантій, і з огляду на ці орієнтири – уточнювати ситуацію на поточний момент. Огляд видів державної допомоги доступною (не-професійною) мовою подано в додатку 2 до теми 1.3.

ДОДАТОК 2:

Види державної допомоги дитині у зв'язку з її інвалідністю

Вид допомоги	До кого звертатися	Результат	Результат
Встановлення / переосвідчення інвалідності	Дільничний педіатр або спеціаліст, за фахом якого дитина перебуває на диспансерному обліку	Лікар готує виписку про стан здоров'я дитини – подання до лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) самостійно, батьки за його дорученням забезпечують огляд дитини спеціалістами відповідно до обхідного листа, інвалідність призначається на строк 1 рік, два роки або до досягнення дитиною 18 років	Отримання довідки про статус «дитина-інвалід», посвідчення – дає право на безкоштовний проїзд у громадському транспорті дитині та супроводжуючому і на грошову допомогу по інвалідності
Розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР)	Дільничний педіатр або спеціаліст, за фахом якого дитина перебуває на диспансерному обліку	Розробляє ЛКК на основі рекомендацій дільничного або профільного лікаря, рекомендацію щодо санаторно-курортного лікування вносять до ІПР після отримання висновку районної санаторно-курортної комісії (РайСКК), батьки підписують ІПР, якщо не погоджуються – перед підписом вимагають доповнень, іноді приносять додаткові довідки на вимогу ЛКК; або – подають скаргу до міської/обласної ЛКК	Отримання права на (1) реабілітаційні послуги (2) санаторно-курортне лікування (3) безкоштовне забезпечення протезами, засобами реабілітації, виробами медичного призначення
Отримання ліків безоплатно або за пільговою ціною	Дільничний педіатр або спеціаліст, за фахом якого встановлено основний діагноз дитини (безоплатно ліки надаються лише за основним діагнозом)	Лікар виписує спеціальний рецепт і називає аптеку, де можна купити ліки, якщо їх найменування внесено до «Переліку...», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.04.2003 за N 169	Ліки безоплатно або за пільговою ціною, рецепт залишається в аптеці для звітності. Якщо лікар не надає рецепт через фінансові обмеження або ліки не входять до Переліку, батьки звертаються до головного лікаря поліклініки, до Управління охорони здоров'я чи до суду

Забезпечення санаторного лікування	Дільничний педіатр або спеціаліст, за фахом якого встановлено основний діагноз дитини	При наявності висновку РайСМК та відповідної рекомендації в ІПР дитину ставлять на чергу і повідомляють батьків, коли надійшла путівка	Безоплатне санаторно-курортне лікування для дитини, супроводжуючий свою путівку оплачує самостійно
Реабілітація за ІПР	Реабілітаційна установа, Управління соціального захисту	Послуги з реабілітації (крім медичної та соціально-побутової) забезпечують реабілітаційні центри за місцем проживання, заяву слід подавати до районного управління соціального захисту або за його рекомендацією – до закладу реабілітації. Якщо у вашому населеному пункті немає таких установ – управління може надавати направлення до іншого населеного пункту, але витрати на проживання, проїзд, харчування та супроводжуючого не оплачуються	Курс реабілітації (як правило, тривалістю до 6 місяців із забезпеченням лише тих реабілітаційних послуг, які вказані в ІПР). Якщо недалеко від дому є недержавна реабілітаційна установа, умови отримання реабілітаційних послуг вона визначає самостійно
Протези, засоби реабілітації, вироби медичного призначення	Управління соціального захисту	До районного управління соціального захисту слід подати заяву, копію ІПР та інших документів на вимогу, після отримання направлення до організації-постачальника – запитати про контактні дані такої організації, дізнатися розклад та умови самозвернення та отримати необхідні засоби	Протези, засоби реабілітації, вироби медичного призначення відповідно до рекомендацій ІПР
Протези, засоби реабілітації, вироби медичного призначення. Первинне отримання направлення на навчання у спеціальній школі чи дитсадку	Психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) контактні дані взяти в управлінні освіти або поліклініці	ПМПК видає бланк для отримання медичного висновку і призначає дату прийому – співбесіди експертів з дитиною, коли буде вирішуватися питання про вибір закладу освіти, батьки забезпечують огляд дитини лікарями і подають обхідний лист разом з медичним висновком на розгляд ПМПК	Направлення до закладу освіти для отримання освітніх послуг у спеціальній установі освіти чи індивідуального навчання вдома

Направлення на інклюзивне навчання (у звичайному загальноосвітньому закладі)	Загальноосвітній навчальний заклад за місцем проживання, у разі відмови – районне управління освіти	Батьки подають заяву про прийом дитини до загальноосвітнього навчального закладу за місцем проживання, при відмові – до районного управління освіти, посилаючись на гарантії статті 24 Конвенції ООН про права інвалідів, при відмові – звертаються до суду	Навчання дитини з інвалідністю у звичайному закладі освіти
Надання додатково відпустки, пільг з оподаткування, пільгових черг на квартирний облік та на транспортні засоби	Адміністрація організації, де працює один із батьків. Місцевий орган влади (управління з розподілу житлової площі, управління соціального захисту)	Подання заяви до роботодавця щодо скороченого робочого дня, додаткової оплачуваної та/або неоплачуваної відпустки, пільг з оподаткування. До заяви додається копія довідки про інвалідність дитини та документів, що підтверджують родинні зв'язки (наприклад, копія свідоцтва про народження дитини). По інформацію про інші пільги та про те, чи має право дитина з даним діагнозом на конкретну пільгу, треба звернутися до управління соціального захисту	Додаткова відпустка, скорочений робочий день з оплатою відпрацьованого часу, пільга з оподаткування, пільгова черга на квартирний облік та на отримання транспортного засобу

ДОДАТОК 3

ПАМ'ЯТКА БАТЬКАМ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА*

Сім'ї, у яких виховуються діти-інваліди віком до 18-ти років, МАЮТЬ ПРАВО НА:

- соціальну пенсію (державну соціальну допомогу) на дитину;
- щомісячну допомогу по догляду за дитиною-інвалідом одному з батьків, який не працює;
- зарахування до трудового стажу часу догляду за дитиною-інвалідом одним з непрацюючих працездатних батьків, усиновителів, опікунів, піклувальників, які фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом, якщо такі непрацюючі працездатні особи отримують допомогу або компенсацію відповідно до законодавства;
- пенсію за віком матері по досягненню нею 50-ти років при умові догляду за дитиною, яка визнана інвалідом до 6-річного віку, при наявності загального трудового стажу 15 років;
- безкоштовне отримання реабілітаційних послуг, засобів реабілітації, протезних виробів, засобів пересування, виробів медичного призначення за ІПР;
- безкоштовне отримання ліків за рецептами лікарів за основним діагнозом;
- безкоштовний проїзд на всіх видах міського транспорту (за винятком таксі) дитині-інваліду та супроводжуючому;
- знижку на 50% вартості квитка на залізниці, на водному та міжміському транспорті в період з 1 жовтня до 15 травня;
- санаторно-курортне лікування через органи охорони здоров'я або через фонд соціального страхування;
- залучення матерів до надурочної роботи тільки за їх згодою;
- навчання у спеціалізованих дитячих закладах залежно від профілю захворювання та в навчальних закладах системи Міністерства праці та соціальної політики України за направленням управління соціального захисту населення. Це такі заклади:
 - Харківський обліково-економічний технікум-інтернат ім. Ф.Г. Ананченка;
 - Чернігівський юридичний коледж;
 - Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум-інтернат;
 - Луганське профтехучилище-інтернат;
 - Житомирський ліцей-інтернат;
 - Самбірське профтехучилище-інтернат для інвалідів.
- зменшення суми податку на сукупний прибуток (за місцем роботи одного з батьків) до п'яти неоподатковуваних мінімумів. Якщо в сім'ї виховуються двоє і більше інвалідів, право на цю пільгу мають обоє батьків;
- встановлення неповного робочого дня або неповного робочого тижня (для матері) з оплатою, пропорційною відпрацьованому часу;
- щорічну додаткову оплачену відпустку матерям на 10 календарних днів без урахування вихідних (понад щорічну відпустку);
- щорічну відпустку без збереження заробітної плати матерям до 14-ти календарних днів;
- допомогу на поховання в разі смерті дитини.

Сім'ї, у яких виховуються діти-інваліди віком до 16-ти років, ЗОБОВ'ЯЗАНІ:

- при влаштуванні дитини в дитячі установи на повне державне забезпечення повідомити в районне управління соціального захисту протягом 5 днів у письмовому вигляді;
- у разі одержання допомоги по догляду за дитиною-інвалідом при своєму працевлаштуванні повідомити в управління соціального захисту протягом 5 днів у письмовому вигляді;
- при оформленні своєї пенсії за інвалідністю або за віком повідомити про наявність у сім'ї інваліда з дитинства, який отримує соціальну пенсію;
- про всі зміни в складі сім'ї та місця проживання своєчасно повідомляти управління соціального захисту населення.

Соціальна допомога дітям-інвалідам*

Відповідно до статті 1 Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства і діти-інваліди віком до 18 років.

Причина, група інвалідності, строк, на який встановлюється інвалідність, визначаються органом медико-соціальної експертизи, а дітям-інвалідам – ЛКК згідно із законодавством України з одночасним роз'ясненням інвалідам з дитинства їх права на державну соціальну допомогу. Проте група інвалідності дітям-інвалідам до 18 років не встановлюється. Вона встановлюється лише інвалідам з дитинства старших за 18 років.

Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосованні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Грошова допомога виплачується відповідно до статті 2 Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» і призначається на дітей-інвалідів віком до 18 років у розмірі 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність (довідка: розмір прожиткового мінімуму встановлюється щорічно Законом України Про державний бюджет на поточний рік, розмір прожиткового мінімуму для осіб, що втратили працездатність у 2011 році, показано в таблиці:

	01.01.2011 р. – 31.03.2011 р.	01.04.2011 р. – 30.09.2011 р.	01.10.2011 р. – 30.11.2011 р.	01.12.2011 р. – 31.12.2011 р.
На дітей-інвалідів	750	764	784	800
На дітей-інвалідів до 6 років з надбавкою на догляд	933	950,8	975,3	995
На дітей-інвалідів від 6 до 18 років з надбавкою на догляд	1013,5	1033,3	1059,8	1081
На дітей-інвалідів, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою	787,5	802,2	823,2	840

Законом України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» встановлюється, що на дітей-інвалідів державна соціальна допомога призначається на строк, зазначений у медичному висновку, який видається у порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України, але не більш як місяць по досягненню дитиною-інвалідом 18-річного віку.

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом установлюється в розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років, на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років. Але надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом.

Одинокій матері (одинокому батьку) надбавка на догляд за дитиною-інвалідом призначається незалежно від факту роботи. Відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» дошкільне виховання, навчання інвалідів здійснюється в загальних або спеціальних дошкільних та навчальних закладах. Про-

*доступно із сайту inva-center.com/content/legislation_ukraine/103/446/

фесійна підготовка або перепідготовка інвалідів здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності.

Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться згідно з висновками медико-соціальної експертизи. При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці інвалідів поряд із загальними допускається застосування альтернативних форм навчання. Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музиці, образотворчому, художньо-прикладному мистецтву в загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах.

Діти-інваліди за наявності медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторно-курортними путівками. Пільгові умови транспортного обслуговування дітей-інвалідів передбачено.

Діти-інваліди та особи, які їх супроводжують (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім метрополітену і таксі), а також користування всіма видами приміського транспорту.

Діти-інваліди по зору і з ураженням опорно-рухового апарату та особи, які їх супроводжують (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд також у метро. Діти-інваліди та особи, які їх супроводжують (не більше однієї особи, яка супроводжує дитину-інваліда), мають право на 50-відсоткову знижку вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, річкового та автомобільного транспорту в період з 1 жовтня по 15 травня.

ДОДАТОК 4

Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення*

У процесі демократизації нашого суспільства неабиякого поширення набули ідеї гуманізації освіти. На зміну державоцентристській освітній системі, у якій головна мета визначалася як формування особистості за певними еталонами та підпорядкування власних інтересів державним, а основною ознакою була жорстка регламентація навчального процесу, приходить так звана дитиноцентристська система освіти, у якій домінує орієнтація на інтереси дитини, задоволення її потреб. Серед умов формування цієї системи слід виокремити:

- забезпечення можливості вибору навчального закладу та навчальної програми відповідно до особливостей дитини;
- здійснення стимулювання досягнень дітей у різних сферах діяльності;
- забезпечення їхнього соціально-педагогічного захисту.

Із розвитком демократичного суспільства, яке гарантує право кожного громадянина на активну участь у житті цього суспільства, приходить і нове розуміння понять «інвалід», «дитина з психофізичними вадами», «дитина з порушеннями розвитку» тощо.

Сьогодні всі ці визначення поступаються новому — «діти, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку», що стосується як інвалідності у важкій формі, так і помірних за ступенем порушень психофізичного розвитку. Такий підхід пояснюється тим, що явище «недостатності» або «інвалідності» передбачає втрату або дефіцит фізичної та розумової спроможності. Але ж спроможність навчатися залежить не від стану окремих органів або ж їхньої фізіологічної функціональності, а, радше, від психологічної функціональності дитини. Таким чином, акцент зміщується від внутрішніх проблем дитини до системи освіти, яка надає їй підтримку в навчанні, визнає її потенціал та задовольняє всі індивідуальні потреби. «Діти з особливими освітніми потребами» — поняття, яке широко охоплює всіх учнів, чиї освітні потреби виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно стосується дітей з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема дітей-інвалідів, дітей із соціально вразливих груп (наприклад, вихованців дитячих будинків) та інших.

За офіційними даними департаменту медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, у нашій державі 165,1 тис. дітей мають порушення психофізичного розвитку. Це становить 2% від загальної кількості дітей країни. Як засвідчують аналітичні матеріали, ці показники значно менші від середньосвітових. Зокрема, за даними Європейської академії з вивчення питань інвалідності, показник дитячої інвалідності (важкі дитячі патології) у розвинених країнах коливається у межах 2,5% від загальної кількості дітей. Окрім цього, ще приблизно 8% дітей мають психофізичні порушення, спричинені розладами слуху, комунікації, інтелекту, поведінки, тощо.

Водночас дані психолого-медико-педагогічних консультацій, що функціонують в Україні, засвідчують, що дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, в Україні понад 1 млн. Це становить 12,2% від загальної кількості дітей у країні. Такі статистичні дані значно відрізняються від показників офіційної медичної статистики, відповідають середньосвітовим показникам і мають неупереджений характер, оскільки зібрані оперативними службами, що надають допомогу на місцях.

Система освіти дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, в Україні

Нині в Україні функціонує 396 спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів, де навчається 54,1 тис. дітей (за даними Міністерства освіти та науки України). Окрім цього в системі Міністерства освіти і науки України функціонує близько 40 навчально-реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями психофізично-

* автор статті А. Колупаєва, доступно із сайту www.slovyanochka.at.ua/publ/inkluzivna_osvita_v.../1-1-0-53

го розвитку, 142 спеціальні дошкільні навчальні заклади та 1200 спеціальних груп у дошкільних навчальних закладах загального типу, де навчається до 45 тис. дошкільників. У підпорядкуванні Міністерства праці та соціальної політики України функціонує 298 реабілітаційних центрів, з них 208 — центрів ранньої реабілітації дітей з порушеннями розвитку, 90 — центрів медико-соціальної та професійно-трудової реабілітації. Реабілітаційні послуги діти з обмеженими можливостями здоров'я одержують і в 46 центрах соціально-психологічної реабілітації.

Водночас в Україні немає повного статистичного державного обліку дітей, які мають порушення психофізичного розвитку, оскільки на заваді міжвідомчі бар'єри, відсутність єдиної категоризації, різні підходи до проведення обліку таких дітей, тощо.

Досвід зарубіжних країн

Розвиток і функціонування системи спеціальної освіти в державі завжди вважалися проявом турботи про дітей з особливими освітніми потребами. Однак у більшості розвинених країн світу таке бачення системи освіти дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, почало поступово змінюватися. Знання про потреби таких дітей, педагогічний досвід роботи з ними, відповідно обладнані приміщення й досі мають велике значення, проте сегрегація учнів наразі розглядається як неприйнятна і така, що порушує право дитини на освіту. Загальне бачення цього питання полягає в тому, що переважна більшість дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, повинна мати можливість навчатися разом зі своїми однолітками у звичайних умовах.

Одним із результатів такого підходу вважається створення єдиної освітньої системи, яка охоплюватиме учнів різних категорій.

Освіта дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, ґрунтується на принципах виваженої педагогіки, дієвість яких неодноразово підтверджувалась і використання яких приносило користь усім дітям. Ці принципи передбачають, що відмінності між людьми є природним явищем і навчання слід відповідним чином адаптувати до потреб дітей, а не «підганяти» під сталі погляди щодо організації та характеру навчального процесу. Виважена педагогіка, орієнтована на потреби дітей, може допомогти уникнути безцільних витрат ресурсів і краху надій, до чого надто часто призводить низький рівень навчання та шаблонність усталених підходів в освіті.

Окрім цього, школи, що приділяють увагу дітям, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, є тренувальним майданчиком для суспільства, орієнтованого на задоволення потреб усіх своїх громадян.

Досвід багатьох країн свідчить, що інтеграція дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, найкраще відбувається в школах, які приймають на навчання всіх дітей певного району чи громади без будь-яких обмежень. Саме в таких умовах діти, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, можуть досягти найвищих результатів в освіті та соціальній інтеграції.

Концепція інклюзивної освіти

Із часу ратифікації Україною Конвенції ООН про права дитини найбільшого визнання та поширення набуває соціальна модель суспільного буття, що пов'язана з дотриманням прав людини. Наразі розлади здоров'я розглядаються як соціальна проблема, а не як характеристика особистості. Адже, з огляду на те, що всі люди різні від природи, скоріше соціум не створює того середовища, яке б могло задовольнити потреби людей-інвалідів, зокрема виховати ставлення до них як до людей з особливими потребами, розробити відповідні виробничі норми, адаптувати архітектуру міст/селищ та транспортні засоби.

Для соціальної моделі суспільного буття найбільш прийнятною є інклюзія, зокрема інклюзивна освіта.

Інклюзивна освіта — гнучка, індивідуалізована система навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи за місцем про-

живання. Навчання відбувається за індивідуальними навчальними планами й забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке відповідало б потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Концепція інклюзивної освіти відображає одну з головних демократичних ідей — усі діти є цінними й активними членами суспільства. Навчання в інклюзивних навчальних закладах є корисним як для дітей з особливими освітніми потребами, так і для дітей з типовим рівнем розвитку, членів родин та суспільства в цілому.

Як свідчать дослідження, в інклюзивних класах звертається увага в першу чергу на розвиток сильних якостей і талантів дітей, а не на їхні фізичні або розумові проблеми. Взаємодія з іншими дітьми сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному та емоційному розвитку дітей з особливими освітніми потребами. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами і мотивують їх до цілеспрямованого використання нових знань і вмінь.

В інклюзивних класах взаємодія між учнями з особливими освітніми потребами та дітьми з типовим рівнем розвитку сприяє налагодженню між ними дружніх стосунків, завдяки чому діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей, стають більш чуйними, завжди готові прийти на допомогу.

Принципи інклюзивної школи

Інклюзивна школа — навчальний заклад, який забезпечує інклюзивне навчання як систему освітніх послуг, зокрема:

- адаптує навчальні програми та плани, навколишнє середовище, методи і форми навчання для дітей з особливими освітніми потребами;
- співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей;
- створює позитивний клімат у шкільному середовищі.

Хоча інклюзивні школи забезпечують сприятливі умови для досягнення рівних можливостей і повної участі дітей з особливими освітніми потребами у житті навчального закладу та громади, для їх ефективної діяльності необхідні спільні зусилля не лише вчителів і персоналу школи, а й батьків, членів родин, однолітків.

ДОДАТОК 5

Питання освіти дитини з інвалідністю. Нормативно-правові акти України у сфері освіти та з питань інвалідів (щодо реалізації права на освіту)

Очевидно, що закони України у сфері освіти відповідають міжнародним документам у сфері прав людини, адже вони гарантують право на безоплатну освіту. Проте, питання освіти дітей з особливими потребами регулюється не лише законодавством про освіту, а й законодавством про права інвалідів та законодавством про права дітей. На користь цього свідчать наведені витяги зі згаданих законів. Розглядаючи їх у комплексі, можна дійти висновку, що вони окреслюють завдання держави щодо надання дітям-інвалідам рівного доступу до освіти. Разом з тим, цілком очевидно, що ці закони не узгоджені між собою в питаннях освіти дітей з особливими потребами ні термінологічно, ні системно. У законах про освіту йдеться про альтернативний вибір освітніх послуг, у законах про інвалідів практично реалізація права на освіту цієї категорії громадян зводиться до спеціальних закладів, Закон «Про охорону дитинства» в одній статті гарантує доступ до освіти дітям-інвалідам у загальноосвітніх навчальних закладах, а в іншій (ст.27) закладами для дітей-інвалідів з вадами розумового або фізичного розвитку називаються лише спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати).

Відсутня єдина термінологія, освіта корекційна, інтегрована розглядається як виняток з правила. Правове регулювання інклюзивної освіти взагалі відсутнє. У той час як міжнародні договори з питань прав інвалідів та документи з питань освіти інвалідів (Саламанкська декларація) визначають включену (інклюзивну освіту) як пріоритетний напрямок реформування спеціальної освіти.

Проте, якщо розглядати весь масив національного законодавства у ракурсі освіти дітей з особливими потребами, беручи до уваги такі нормативні акти, як укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, розпорядження Уряду, накази Міністерства освіти і науки України, тощо, можна дійти незаперечного висновку, що наша держава впевнено рухається в напрямку рівного доступу осіб з особливими потребами до реалізації права на освіту.

Огляд нормативних актів України у сфері освіти та з питань інвалідів (щодо реалізації права на освіту)

5.1. Акти Кабінету Міністрів України:

1. Державна типова програма реабілітації інвалідів, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686.

Додаток 1 до цієї постанови містить Переліки послуг (за окремими категоріями), що надаються інвалідам з ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, з ураженням органів слуху, зору, внутрішніх органів. Серед них «освітні послуги: колективна форма навчання, в тому числі інтегроване та інклюзивне навчання, спеціальні засоби для освіти: меблі спеціального призначення для навчальних закладів усіх типів».

2. Концепція Державної програми розвитку освіти на 2006–2010 роки, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 12 липня 2006 року № 396-р

Серед інших цілей і завдань передбачає: створення умов для здобуття якісної освіти дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування, інвалідами; забезпечення варіативності здобуття якісної базової, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти відповідно до здібностей та індивідуальних можливостей громадян з обмеженими можливостями, орієнтованої на інтеграцію їх у соціально-економічне середовище.

Визначає наступні шляхи розв'язання проблем у сфері освіти: забезпечення доступності і безоплатності різних форм здобуття високоякісної освіти в дошкільних і позашкільних державних та комунальних навчальних закладах; обов'язковості і безоплатності здобуття повної загальної середньої освіти відповідно до державного стандарту загальної середньої освіти; безоплатності здобуття освіти в державних і комунальних навчальних закладах для дітей з особливими потребами; формування мережі навчальних закладів, здатних забезпечувати надання високоякісних освітніх послуг – створення дошкільних навчальних закладів різних типів, профілів та форм власності, цілісних міжгалузевих багаторівневих систем позашкільних навчальних закладів; оптимізація структури загальноосвітніх навчальних закладів для однозмінного навчання, створення умов для профільного, екстернатного і дистанційного навчання; упорядкування регіональної мережі спеціальних навчальних закладів усіх рівнів освіти для громадян з особливостями психічного і фізичного розвитку, забезпечення інтеграції їх у загальний освітній простір.

3. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку», прийнята 5 липня 2004 р. № 848.

1. Затвердити Державний стандарт початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (додається).

2. Міністерству освіти і науки, Академії педагогічних наук на основі Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, затвердженого цією постановою, розробити і запровадити протягом 2004–2008 років науково-методичне забезпечення початкової загальної освіти таких дітей.

4. Державний стандарт початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку

1. Державний стандарт початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (далі – Державний стандарт), встановлює державні вимоги до змісту освіти таких дітей, а також державні гарантії у набутті такої освіти.

2. Цей Державний стандарт застосовується з метою забезпечення:

- рівного доступу до якісної освіти дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку;
- наступництва між дошкільною та початковою загальною освітою;
- особистісно орієнтованого навчально-виховного процесу;
- створення передумов для запровадження інтегрованого навчання дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

5. У Постанові Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. № 1545 «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів» було констатовано, що існуюча система утримання дітей-інвалідів у спеціальних інтернатних установах забезпечує потреби лише 20 відсотків дітей-інвалідів. При цьому відірваність дітей від сім'ї, від звичного і біологічно близького оточення посилює психологічний тиск на дитину.

6. Укази Президента:

а) Указ Президента України 18 грудня 2007 року № 1228/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями»:

- розглянути питання щодо створення у складі Міністерства освіти і науки України структурного підрозділу з питань корекційної освіти та реабілітації дітей-інвалідів, а також відповідних підрозділів у складі місцевих органів управління освітою;
- Міністерству освіти і науки України вжити заходів щодо: створення за участю Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської

міських державних адміністрацій умов для навчання (за відсутності протипоказань) дітей-інвалідів у неспеціалізованих загальноосвітніх навчальних закладах;

- удосконалення навчально-матеріальної бази загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих навчальних закладів для забезпечення освітніх потреб дітей та молоді з інвалідністю;
- видання протягом 2008–2010 років у достатній кількості спеціальних підручників, наочно-дидактичних матеріалів і посібників для дітей-інвалідів та дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку;
- удосконалення до 1 вересня 2008 року системи підготовки та перепідготовки педагогічних працівників з урахуванням освітніх та реабілітаційних потреб людей з інвалідністю, запровадження спеціальних навчальних програм з підготовки сурдоперекладачів.

б) Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні», від 4 липня 2005 року № 1013/2005

забезпечити створення належних умов для здобуття якісної освіти дітьми-сиротами, дітьми, позбавленими батьківського піклування, та дітьми, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, їх соціальної адаптації;

с) Указ Президента України «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями», від 1 червня 2005 р. № 900/2005

- переглянути до 1 липня 2005 року Державну цільову програму «Шкільний автобус», затверджену постановою Кабінету Міністрів України від 16 січня 2003 року № 31 з метою вирішення питання щодо забезпечення перевезення дітей-інвалідів у візках спеціально пристосованими автобусами до місць навчання і додому.
- вжити протягом 2005 року заходів щодо пристосування загальноосвітніх навчальних закладів до потреб дітей з інвалідністю.

д) Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю», від 2 грудня 2002 року № 1112/2002

1. Кабінету Міністрів України: забезпечити офіційне видання Стандартних правил забезпечення однакових можливостей для інвалідів (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96) та враховувати їх під час підготовки відповідних нормативно-правових актів.

На виконання зазначеного Указу Кабінет Міністрів Постановою від 4 червня 2003 р. № 863 затвердив Програму забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2005 р. № 444-р було затверджено також План додаткових заходів щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями.

5.3. Акти Міністерства освіти і науки України

Про заходи МОН України по реалізації Указу Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні» 29.07.2005 № 454

Створювати умови для інтегрованого навчання дітей з інвалідністю, зокрема, шляхом розгортання мережі спеціальних класів у загальноосвітніх школах.

а) Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами, схвалена рішенням колегії Міністерства освіти і науки та Президії Академії педагогічних наук України 23.06.99 спрямована на забезпечення дітям з особливими потребами (з порушеннями зору, слуху, з мовною патологією, з розумовою недостатністю, затримкою психічного розвитку, дитячим церебральним паралічем) рівних можливостей для отримання ранньої корекційної допомоги, здобуття освіти.

Питання освіти інвалідів були предметом обговорення і на Парламентських слуханнях. Зокрема, Рекомендації Парламентських слухань «Про підсумки проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю щодо забезпечення соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів» зафіксували відсутність у нашій державі певної комплексної системи вирішення питань набуття інвалідом освіти та кваліфікації на всіх рівнях, починаючи насамперед зі школи, де ці проблеми мають особливо гострий характер. Серед іншого було рекомендовано уряду завершити до 1 вересня 2004 року розробку державної комплексної програми «Освіта – інвалідам» з визначенням конкретних джерел і обсягів її фінансування, передбачивши це у проекті Державного бюджету України на 2005 рік. На жаль, до сьогодні така програма не ухвалена.

ДОДАТОК 6

Перелік нормативно-правових актів, які визначають права дітей з інвалідністю у галузі освіти

- Загальна декларація прав людини (проголошена ООН 10 грудня 1948 року): www.minjust.gov.ua/udhra/udhr.html
- Конвенція ООН про права дитини (прийнята 20 листопада 1989 року, ратифікована Постановою Верховної Ради України від 27 лютого 1991 року) www.chl.kiev.ua/UKR/konv_u.htm
- Декларація про права інвалідів (проголошена ООН 9 грудня 1975 року) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_117
- Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (прийняті резолюцією 48/96 Генеральної Асамблеї від 20 грудня 1993 року) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_306
- Саламанкська декларація про принципи, політику та практичну діяльність у сфері освіти осіб із особливими потребами (7–10 юня 1994 р.) www.notabene.ru/down_syndrome/Rus/declarat.html
- Закон України «Про освіту» (прийнятий 23 травня 1991 року № 1060-XII) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1060-12
- Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (від 21 березня 1991 року № 875-XII) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=875-12
- Закон України «Про охорону дитинства» (прийнятий 26 квітня 2001 року № 2402-III) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2402-14
- Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (прийнятий 6 жовтня 2005 року № 2961-IV) www.zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2961-15
- Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю» від (02.12.2002 № 1112/2002) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1112%2F2002
- Указ Президента України «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» (від 01.06.2005 р. № 900/2005) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=900%2F2005
- Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні» (від 04.07.2005 року № 1013/2005) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1013%2F2005
- Указ Президента України «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» (від 18.12.2007 р. № 1228/2007) www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1228%2F2007

- Указ Президента України «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями» № 588/2011
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=588%2F2011>
- Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами (схвалена рішенням колегії Міністерства освіти і науки та Президії Академії педагогічних наук України 23.06.99) www2.znz.edu.ua.net/storage/195.doc
- Концепція Державної програми розвитку освіти на 2006–2010 роки (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 12 липня 2006 року № 396-р)
www.zakon.com/document/fpart15/idx15806.htm
- Державна типова програма реабілітації інвалідів (затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006р. № 1686)
www.gdo.kiev.ua/files/db.php?st=3311&god=2006
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів» (від 12 жовтня 2000 р. № 1545)
www2.znz.edu.ua.net/storage/95.txt
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку» (від 5 липня 2004 р. № 848)
www.uazakon.com/document/fpart68/idx68267.htm
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» (від 15 серпня 2011 р. № 872)
- Наказ Міністерства освіти і науки України «Про затвердження Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» (від 20 грудня 2002 р. № 732)

Батькам-вихователям, прийомним батькам доцільно розуміти, що середня освіта – це не лише процес набуття дитиною академічних знань, а й не меншою мірою – вироблення стереотипів соціальної поведінки та опанування навичок налагодження взаємин з однолітками. Вибираючи форму та місце навчання, доцільно враховувати потребу дитини в нормалізації, при виборі індивідуальної форми навчання прагнути все ж таки створювати умови для спілкування та взаємодії дитини з інвалідністю зі здоровими ровесниками. Батькам варто докласти зусиль для встановлення довірливих та відвертих стосунків з дитиною і не забувати слідкувати за тим, наскільки комфортно дитині в дошкільній установі чи школі.

ДОДАТОК 7

Індивідуальна програма реабілітації дитини з інвалідністю. Нормативні документи

Батькам-вихователям, прийомним батькам доцільно пам'ятати, що під час визначення статусу «дитина-інвалід» лікарська консультативна комісія (ЛКК) установи охорони здоров'я розробляє і надає батькам індивідуальну програму реабілітації. Слід пам'ятати, що перед зверненням до ЛКК з приводу розробки ІПР батькам варто не лише вивчити всі потенційні можливості ІПР, але і спробувати розробити власну її версію – відмітити ті реабілітаційні послуги та засоби реабілітації, які можуть допомогти дитині, а також виробити власну позицію стосовно бажаного обсягу реабілітаційних послуг. Оскільки ІПР набуває чинності лише після її підписання законним представником дитини, доцільно вести переговори з керівником ЛКК, а якщо той не згоджується внести зміни та доповнення до ІПР і не може надати переконливі докази своєї відмови, біля власного підпису на останній сторінці в усіх трьох примірниках ІПР батькам варто написати про свою незгоду і зазначити свої невиконані вимоги (зазначити пункти ІПР, за якими дитина не отримала потрібні їй рекомендації). Потім слід звернутися із заявою про перегляд ІПР до регіонального управління охорони здоров'я (обласного чи міського), далі – до Міністерства охорони здоров'я. ІПР має рекомендаційний характер, працює лише якщо поблизу є реабілітаційний заклад, але в іншому випадку може стати інструментом для наполегливої боротьби батьків щодо захисту дитини або для об'єднання зусиль батьків для лобіювання створення нової реабілітаційної установи.

**Витяги з Наказу Міністерства охорони здоров'я від 08.10.2007 за № 623
«Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда,
дитини-інваліда та Порядку їх складання»**

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 р. за № 1197/14464

З метою реалізації ст. 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та відповідно до пунктів 6, 9 Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року № 757,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити форми індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядок їх складання, що додаються.

2. Визнати такою, що втратила чинність, форму медичної облікової документації № 160/о «Індивідуальна програма реабілітації інваліда», затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.05.2003 № 224 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях».

3. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра Бідного В.Г.

Міністр	Ю.О.Гайдаєв
ПОГОДЖЕНО:	
Міністр праці та соціальної політики	М.М.Панієв
Міністр освіти і науки	С.М.Ніколаєнко
Міністр у справах сім'ї, молоді та спорту	В.П.Корж

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ 08.10.2007 № 623

ФОРМА

індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда, що видається лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, у яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності (стаття 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»).

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА

реабілітації дитини-інваліда N _____ (вікова категорія від 0 до 18 років)

Дата заповнення _____ ЛКК _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда
2. Дата народження
3. Стать
4. Місце проживання _____ тел.
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)
6. Професія
7. Працює (спеціальність, посада)
8. Наявність інвалідності
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10)
13. Обмеження життєдіяльності:

№	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		До виконання ІПР			Після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до трудової діяльності						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація
Рекомендації ЛКК

Види та форми реабілітаційних заходів*	Обсяг	Терміни проведення	Місце проведення	Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
1. Послуги					
1. Медична реабілітація					
Відновна терапія					
Профілактичні заходи					
Санаторно-курортне лікування					
Реконструктивна хірургія					
Психіатрична допомога					
Слухопротезування					
Кохлеарна імплантація					
Медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
Консультування					
Психолого-педагогічна діагностика					
Психолого-педагогічна діагностика					
Психологічна та педагогічна корекція					
2.1. Освітні послуги					
– колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання					
– індивідуальна форма навчання					
– дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
Консультування					
Ерготерапія					
Кінезотерапія					
Лікувальний масаж					
Лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
Професійна орієнтація					
Професійний відбір					
Професійна освіта					
Професійна освіта					
Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
5. Трудова реабілітація					
Пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей інваліда					

Раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
Види професій і спеціальностей, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
Навчання заняттям з фізичної культури					
Оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
Навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
Заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
Навчання основним соціальним навичкам					
Соціально-побутовий патронаж					
Працетерапія					
Пристосування меблів, устаткування обладнання для адаптації житлових приміщень					
II. Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування:					
– крісла-колісні (коляски) різних типів					
– палиці					
– милиці					
– допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією:					
– мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби					
– спеціальні магнітофони					
– електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом					
– телевізійні збільшувальні прилади					
– тифломагнітоли					
– машини, що читають					

– прилад для письма шрифтом Брайля					
– папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля					
– диктофони					
– плеєри для відтворення звукозапису					
– годинник					
– тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування:					
– допоміжні побутові пристрої					
4. Спеціальні засоби для догляду:					
– допоміжні засоби для туалету					
– допоміжні засоби для підіймання					
– крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю					
– меблі спеціального призначення					
– комп'ютерні програми для навчання					
– спеціальні підручники, література шрифтом Брайля					
6. Протезні вироби:					
– ортопедичні вироби					
– ортопедичне взуття					
– спеціальний одяг					
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:					
– спеціальні крісла-колісні для занять окремими видами спорту					
– шведська стінка, інші спеціальні тренажери					
– спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					
III. Вироби медичного призначення					
– протезування клапанів					
– забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС)					
– ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ					
– сечоприймачі					

– калоприймачі					
– слухові апарати					
– очні протези (тимчасові або індивідуальні)					
– окуляри					
– контактні лінзи					
– лупи					
– гіперокуляри					
– світлофільтри					
– діафрагмальні, мінусові ручні лінзи					
– акустичні окуляри					
– епіпротези					
– орбітальний імплантат для операції енуклеації ока					
– протези зубів, щелеп					

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати)

17. Проведена співбесіда з дитиною-інвалідом, його законним представником;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання дитини-інваліда, його законного представника)

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника дитини-інваліда)

Підпис Голови ЛКК _____ Печатка ЛКК _____

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити)

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують.

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (вказати, яких) (підкреслити)

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання законного представника дитини-інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше.

Підсумки ЛКК щодо результатів реабілітації

Підпис голови та членів ЛКК _____

(ініціали, прізвище)

Печатка ЛКК _____ Дата _____

**Начальник Управління материнства,
дитинства та санаторної справи**

В.В.Бондаренко

ПОРЯДОК

складання форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ 08.10.2007 № 623

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 р. за № 1197/14464

1. Загальні положення

1.1. Цей Порядок визначає механізм складання форм індивідуальної програми реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів (далі – ІПР), заповнення ІПР, внесення до неї змін і результатів про виконання реабілітаційних заходів, а також підбиття підсумків виконання ІПР.

Заповнення ІПР та підбиття підсумків про її виконання здійснюється медико-соціальними експертними комісіями (далі – МСЕК), лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів (далі – ЛКК).

У разі потреби до складання окремих розділів ІПР залучаються спеціалісти закладів охорони здоров'я, органів праці та соціального захисту населення, освіти, державної служби зайнятості, цільових страхових фондів та інших органів, що здійснюють заходи з реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів. Залучення таких спеціалістів до складання ІПР відбувається шляхом безпосередньої їх участі в роботі (засіданнях) МСЕК, ЛКК.

У разі потреби для складання або корегування ІПР інваліда можуть направити до обласної, центральної міської, Кримської республіканської МСЕК, Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, Українського державного науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів, обласної (міської) ЛКК, науково-дослідних інститутів педіатричного профілю. Термін складання ІПР не повинен перевищувати одного місяця з дня звернення інваліда до МСЕК, законного представника дитини-інваліда до ЛКК щодо встановлення інвалідності.

Унесення змін до ІПР здійснюється МСЕК, ЛКК та, у разі потреби, її оперативного коригування і в межах повноважень – реабілітаційними комісіями реабілітаційних установ.

1.2. Записи в ІПР здійснюють МСЕК, ЛКК, реабілітаційні комісії реабілітаційних установ, виконавці реабілітаційних заходів з урахуванням побажань інваліда, дитини-інваліда (її законного представника) та завіряються печаткою.

Записи в ІПР здійснюють державною мовою розбірливим почерком. Помилкові та неправильні записи закреслюються однією лінією та засвідчуються підписами керівника або вповноваженої посадової особи. Не допускається заповнення ІПР олівцем, закреслення чи виправлення відомостей, що вносяться до ІПР, а також додаткових записів після того, як ІПР підписана інвалідом або законним представником дитини-інваліда. У графах, які не заповнюються при складанні ІПР, проставляється прочерк («—»).

2. Вимоги до заповнення ІПР

2.1. ІПР заповнюється шляхом запису потрібної інформації у відведене місце або підкреслення відповідного значення із запропонованих у формах.

2.2. ІПР № – указується порядковий номер, який відповідає порядковому номеру в журналі обліку видачі індивідуальної програми реабілітації інвалідів в МСЕК (форма № 160-1/о, затверджена наказом МОЗ від 19.05.2003 № 224 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях») або в журналі запису висновків лікувально-консультативної комісії (форма № 035/о, затверджена наказом МОЗ від 29.12.2000 № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах, поліклініках (амбулаторіях»)).

2.3. Пункти 1–9 форм заповнюються в точній відповідності із записами в Акті огляду МСЕК (форма № 157/о, затверджена наказом МОЗ від 19.05.2003 № 224 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях») або в Медичному висновку про дитину-інваліда віком до 18

років (форма № 080/о, затверджена наказом МОЗ від 04.12.2001 № 482 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 10.01.2002 за № 11/6299).

2.4. Пункт 11 «Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10» заповнюється відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, прийнятої 43 Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 01.01.93 (далі – МКХ-10).

У діагнозі вказується захворювання або його ускладнення, яке призводить до обмежень життєдіяльності. У лапках зазначається належність особи до основних нозологічних форм захворювань, визначених у Державній типовій програмі реабілітації інвалідів, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686 (з ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, з ураженням органів слуху, з ураженням органів зору, з ураженням внутрішніх органів, з онкологічними захворюваннями).

2.5. Пункт 12 «Супутні захворювання» – це нозологічні форми, які етіологічно і патогенетично не пов'язані з основним захворюванням, але здатні впливати на перебіг і тяжкість основного захворювання або можливість реабілітації хворого. Зазначається назва хвороби і код за МКХ-10. Наслідки хвороби класифікуються за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (ВООЗ, 2001). Обліку підлягають усі виявлені у інваліда (дитини-інваліда) обмеження життєдіяльності незалежно від того, проводяться або не проводяться реабілітаційні заходи щодо обмеження життєдіяльності.

2.6. У пункті 13 «Обмеження життєдіяльності» вказуються вид та ступінь обмежень життєдіяльності до реабілітації і після реабілітації. Вид та ступінь обмежень життєдіяльності вказуються відповідно до Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженої наказом МОЗ України від 07.04.2004 № 183, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 22.04.2004 за № 516/9115 (із змінами).

2.7. Пункт 14 «Реабілітаційні заходи та їх реалізація» фахівці МСЕК, ЛКК заповнюють відповідно до переліків послуг, що надаються інвалідам, згідно з додатками 1–6 до постанови Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів», визначаючи в кожному конкретному випадку види та форми реабілітаційних заходів та їх виконавців.

У графі «Обсяги» у відповідних розділах вказується зміст, періодичність реабілітаційних заходів; у графі «Термін проведення» у відповідних розділах вказується термін, протягом якого повинен здійснюватись рекомендований реабілітаційний захід; у графу «Місце проведення» у відповідні розділи уноситься запис про виконавця реабілітаційного заходу і підпис особи, яка його пропонує та визначає виконавця реабілітаційного заходу (фахівці МСЕК, ЛКК, представники державної служби зайнятості, соціальних служб, фондів, тощо); у графі «Відмітка про виконання» робиться запис «виконано» або «не виконано» виконавцем, підписується відповідальною особою і скріплюється печаткою.

2.7.1. Розділ 1 «Медична реабілітація» заповнюється відповідно до потреби інваліда (дитини-інваліда) в заходах медичної реабілітації. Вказуються характер медичних заходів, їх кількість, обсяг, методи та строки виконання, при необхідності із залученням до формування цього розділу в разі потреби спеціалістів закладів охорони здоров'я.

2.7.2. Розділ 2 «Психолого-педагогічна реабілітація» заповнюється МСЕК, ЛКК з визначенням обсягу, кількості та тривалості курсів, строків виконання послуг з консультування, діагностики, патронажу, психологічної та педагогічної корекції розвитку дітей та молоді з функціональними обмеженнями з обов'язковим залученням до заповнення цього розділу фахівців органів освіти або їх уповноважених представників, відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій.

2.7.3. Розділ 3 «Фізична реабілітація» заповнюється МСЕК, ЛКК про характер заходів фізичної реабілітації, кількість курсів із залученням до формування цього розділу відповідних фахівців лікувально-профілактичних закладів та/або центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями.

2.7.4. Розділ 4 «Професійна реабілітація» – експертиза професійної придатності інвалідів у першу чергу проводиться для професій (спеціальностей), за якими вони працювали відповідно до відомостей, що внесені до трудової книжки або які підтверджені документами про професійну освіту, а також для професій (спеціальностей), здобуття яких можливе в майбутньому. Указується перелік професій і рівень кваліфікації, який збережений в тому чи іншому ступені професійної придатності. Обов'язково вказуються відомості про придатність до відповідної професії: у повному обсязі, з обмеженням обсягу виконуваних робіт та визначенням тривалості робочого дня.

Зазначається перелік професій, спеціальностей, що рекомендується до освоєння при професійному навчанні, перепідготовці.

Обов'язково надаються рекомендації щодо форми організації навчання: у загальноосвітньому навчальному закладі, у спеціально організованих умовах (спеціальна загальноосвітня школа, школа-інтернат, спеціальний клас (група у відповідному навчальному закладі), спеціальна навчальна програма, щадний режим навчання та ін.); щодо рівня професійної підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації (освіта: професійно-технічна, неповна вища (молодший спеціаліст), базова вища (бакалавр), повна вища (спеціаліст, магістр), курсова підготовка), типу та назви навчального закладу. МСЕК, ЛКК рекомендують терміни та місце навчання.

До роботи з формування цього розділу ІПР можуть залучатися спеціалісти з інженерної психології (психології праці) та психології професійного відбору, педагогічні працівники відповідних загальноосвітніх, професійно-технічних навчальних закладів, представники відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій, державної служби зайнятості.

2.7.5. Розділ 5 «Трудова реабілітація» має включати докладний опис усіх чинників та елементів майбутньої трудової діяльності інваліда. Обов'язково вказується:

протипоказання за станом здоров'я інваліда до професійної діяльності; показані інваліду умови праці (важкість, напруженість, режим праці та відпочинку, форма організації праці, санітарно-гігієнічні чинники);

у разі можливого продовження інвалідом роботи за своєю професією із зменшенням обсягу роботи – необхідні обмеження щодо виконання окремих посадових і функціональних обов'язків, планових завдань;

у разі потреби – наводяться особливі вимоги до охорони праці і техніки безпеки (до роботи на висоті), біля механізмів, що рухаються, з енергоустаткуванням та інші; необхідні для виконання роботи за професією спеціальні пристосування (тифлотехнічні, сурдотехнічні та інші засоби) і спеціальні вимоги з організаційно-технічної та ергономічної адаптації робочого місця щодо особливості патології інваліда;

раціональне працевлаштування – указується перелік рекомендованих професій і видів праці.

2.7.6. Розділ 6 «Фізкультурно-спортивна реабілітація» – заповнюються МСЕК, ЛКК у разі відсутності протипоказань в інваліда, дитини-інваліда до фізкультурно-спортивної реабілітації та/або наданих висновків лікувально-профілактичних установ про їх відсутність або відповідного обмеження до занять фізичною культурою. Крім того, МСЕК, ЛКК указують строки та місце проведення реабілітації.

2.7.7. Розділ 7 «Соціальна та побутова реабілітація» – потреба в них визначається лікарями МСЕК, ЛКК після обстеження соціально-побутових умов проживання інваліда, дитини-інваліда із залученням до формування цього розділу відповідних фахівців органів праці і соціального захисту населення, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і служб у справах неповнолітніх.

2.7.8. Розділ II «Технічні та інші засоби реабілітації» – потреба в засобах пересування, спеціальних засобах для самообслуговування, протезних виробах; спеціальних засобах для догляду, для освіти та трудової діяльності; спеціальному фізкультурно-спортивному обладнанні та спортивному інвентарі визначається МСЕК, ЛКК на підставі медичних показань з можливим залученням до розробки цього розділу ІПР відповідних фахівців органів праці та соціального захисту населення, фахівців регіональних центрів «Інваспорт» та інших органів, які проводять діяльність у сфері реабілітації інвалідів.

2.7.9. Розділ III «Вироби медичного призначення» – заповнюється МСЕК, ЛКК на підставі медичних показань для забезпечення компенсації обмежень життєдіяльності, а також для відновлення втрачених або набуття нових професійних знань, навичок, умінь соціальної адаптації із залученням фахівців лікувально-профілактичних установ (в разі потреби).

Пункт 15 «Реабілітаційний потенціал» – потрібне підкреслюється відповідно до наявних чинників, що характеризують реабілітаційний потенціал.

У пункті 16 «Мета реабілітації» – потрібне підкреслюється.

У пункті 17 вказується дата проведення бесіди з інвалідом, законним представником дитини-інваліда.

У пункті 19 «Дата контролю за виконанням ІПР» – зазначається дата контролю за виконанням ІПР, що здійснюється не рідше одного разу на два роки і може не збігатися з датою наступного огляду інваліда (дитини-інваліда).

Інвалідам, групі інвалідності, яким установлено без зазначення строку переогляду, та дітям-інвалідам контроль виконання ІПР та/або її корегування проводяться не рідше одного разу на два роки.

У разі згоди інваліда, дитини-інваліда (його законного представника) у пункті 20 ставиться відповідний підпис і вказується дата ознайомлення з ІПР. У разі відмови від ІПР або від її окремих розділів вказаних осіб зазначається причина відмови.

Підпис голови МСЕК (ЛКК) та печатка МСЕК (ЛКК) – ставляться при остаточному заповненні ІПР.

Підведення підсумків про виконання ІПР здійснюється МСЕК, ЛКК при черговому складанні ІПР та/або при черговому огляді інваліда, дитини-інваліда та зазначають свою думку у підпунктах 21.1–21.7 ІПР, дають рекомендації щодо подальшої реабілітації.

Підпункт 21.1 «Обмеження життєдіяльності» – відновлено повністю, частково (поліпшення), не відновлено (без змін); погіршено. Відновлення повне – передбачає повне усунення обмеження життєдіяльності. Відновлення часткове – зменшення обмеження життєдіяльності: значне поліпшення – на 2 ступені, поліпшення – на 1 ступінь. Не відновлено (без змін) – рівень обмеження життєдіяльності не змінився та група інвалідності залишилася. Погіршення означає, що в процесі або в результаті курсу реабілітації ступінь обмеження життєдіяльності підвищився, що вимагає внесення коректив до ІПР.

У підпунктах 21.2, 21.3 робиться відмітка про побутову та виробничу активність і про результати компенсації стану хворого технічними засобами реабілітації.

При оцінці результатів професійної реабілітації поряд з наданням даних про працевлаштування інваліда (місце роботи, професія) дається висновок про раціональність працевлаштування; пропозиції та рекомендації з поліпшення працевлаштування інваліда.

У підпунктах 21.4, 21.5, 21.6, 21.7 потрібне підкреслюється або виписується додатково.

ІПР підписує голова МСЕК (ЛКК), реабілітолог та інші члени МСЕК (ЛКК), проставляється печатка та дата заповнення ІПР.

**Начальник Управління материнства,
дитинства та санаторної справи
Начальник Відділу медико-соціальної
експертизи та проблем інвалідності**

В.В.Бондаренко

В.В.Маруніч

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 2.1

ДОДАТОК 1

Основні етапи і характеристики розвитку дитини

Сучасні дослідження феномену здоров'я людини виявили обмеженість суто медичного підходу, що визначає здоров'я як відсутність хвороби. У статуті ВООЗ записано: **«Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад».**

Коли ми говоримо про дітей, то розуміємо, що дитина – це створіння, яке безупинно змінюється (бо розвивається) – змінюється тіло, рухова вправність, мова, розумова здатність та ігрова активність, соціальні навички т.д. Тому для полегшення розуміння стану здоров'я дитини будемо описувати певні сфери розвитку, які надалі варто порівняти з віковими нормами для кращого розуміння і виділення проблематичних сфер розвитку:

- фізичний розвиток;
- моторний (руховий) розвиток;
- пізнавальний розвиток;
- експресивна та рецептивна мова;
- емоційно-соціальний розвиток;
- розвиток навичок самообслуговування.

Усі функції взаємно доповнюють одна одну.

Здорова дитина в певному віці набуває певних навичок у певних сферах; і навпаки, дитина, яка в певному віці не володіє характерними навичками в певній сфері розвитку, буде спонукати батьків до пошуку причин проблем у розвитку для допомоги цій дитині.

При оцінці **фізичного розвитку** найчастіше говоримо про такі показники: ріст, маса тіла, обвід голови. Ці показники загалом інформують нас про фізичний стан тіла. Для розуміння відповідності фізичного розвитку віку дитини доречно використовувати карти фізичного розвитку, розроблені ВООЗ.

Руховий розвиток прийнято ділити на велику моторику, розвиток якої забезпечує зміну положення тіла у просторі, та дрібну моторику, яка відображає функцію кистей рук (захоплення, маніпуляція). Традиційно розвиток великої моторики описують у вигляді сходинок рухового розвитку:

- новонароджений – лежить на спині,
- 2 міс. – дитина контролює/тримає голову в положенні на животі,
- 4 міс. – з'являється опорна реакція рук у положенні на животі,
- 6 міс. – починає сидіти,
- 8 міс. – стоїть біля опори, вчиться повзати,
- 10 міс. – стоїть сама, ходить при підтримці,
- 12 міс. – вчиться ходити самостійно.

Надалі спостерігається вдосконалення навичок самостійної ходьби, ходьби сходами, бігу, стрибання, рівноваги тощо.

Дрібна моторика – коротка характеристика набуття навичок рук:

- 3 міс. – дитина тягнеться в напрямку до іграшки рукою,
- 6 міс. – захоплює іграшку, може тримати в кожній руці по іграшці,
- 8 міс. – маніпулює предметами, може відпустити іграшку,
- 10 міс. – наслідує тосі, пальцеве захоплення.

Надалі відбувається удосконалення функції кисті.

Хапанню в розвитку дитини приділяють здебільшого менше уваги, внаслідок чого применшують його значення. Однак, якщо розглянути явище хапання докладніше, то це все-таки важлива функція, яка всебічно впливає на загальний розвиток.

Доросла людина усвідомлює важливість та різноманітність дій, які мають виконувати руки, дуже часто лише тоді, коли вона якийсь час не може користуватися однією рукою, наприклад, тому, що вона зламана. Тоді ми бачимо, що маємо труднощі не лише в нашій професійній роботі, але й у власній самотійності. Раптово ми не можемо самотійно виконувати таких щоденних необхідних дій, як миття, одягання чи роздягання. Так само відразу стають неможливими жести під час вітання чи обміну ніжностями. Ми не можемо, як звичайно, визначити за допомогою рук вагу, температуру чи якість предмета або матерії. Отже, рука виконує і функції сприйняття та контакту.

Більшою мірою це стосується дитини. Як тільки вона може переміщувати свої руки в певному керунку, то намагається схопити за обличчя, яке до неї наближається, чи за волосся, а також встромити пальця в рот чи око. Кожен предмет, який викликає її інтерес, дитина розглядає не тільки очима, але й «усвідомлює» його своїми руками.

Отже, хапання – надзвичайно важливий елемент розумового розвитку, передумова для налагодження контактів з іншими людьми та самотійності особи.

Розгляньмо, як маленькі ручки новонародженого впродовж першого року життя набувають усіх основних важливих моторних функцій.

Особливо впадають у вічі маленькі стулені кулачки новонародженого малюка. Він не може довільно розтулити долоні чи випростати руки в певному напрямку. Рефлекс хапання, який спричиняє це стулення кулачків, зникає протягом перших трьох місяців, унаслідок чого стає можливим розвиток власне хапання. Зокрема, чотиримісячна дитина може підняти вгору напіврозтулені долоні. Тепер вона може як витягувати руку в напрямку предмета, так і з'єднувати обидві руки у грі. Це – перший крок до хапання та координації обох рук.

Дитина зможе спрямовано і впевнено схопити якийсь предмет і тримати його аж у шість місяців. До цього часу дитина вже може передавати з руки в руку іграшку або одночасно щось тримати обома руками.

Так само, як схопити та тримати предмет, треба навчитися крок за кроком і вільно відпускати його. У дев'ять місяців дитина може свідомо кинути предмет, але ще до дванадцятого місяця вона не зможе спрямовано покласти його в простягнуту руку, дати предмет тому, хто простягає руку.

До розвитку хапання належить не лише вміння розтулити та стулити долоні, а й координація рухів, спосіб хапання та тримання предмета. На шостому місяці життя немовля бере предмет ще всією поверхнею долоні. Так зазвичай ми беремо тільки великі предмети в руку; менші ж – кінчиками пальців, частіше – великим та вказівним.

Ця навичка – відокремлювати великий палець від долоні, утворюючи за допомогою великого та вказівного пальців щипці – розвивається до дванадцятого місяця.

До речі, це так зване хапання «щипцями» дуже характерне для людини і є основною передумовою для розвитку основних навичок людської руки.

Щодо **пізнавального розвитку**, то перші роки дитини називають сенсомоторним періодом (сенсорні впливи стимулюють рухові зусилля, а рух відповідно підвищує рівень сенсорних відчуттів). Перший рік життя дитини є базою для наступних стадій психічного та мовного розвитку. Якщо дитина внаслідок певних проблем не ходить чи має сенсорні дефекти (сліпота, глухота), то їй важко набути повної інформації про навколишній світ.

Розвиток перцепції (сприйняття та здатність освоювати).

Насамперед ми розуміємо перцепцію як сприйняття відчуття, здатність уявити і зрозуміти (освоїти). Значення сприйняття відчуттів, особливо зору і слуху, мають бути кожному зрозумілі та відомі: завдяки очам дитина впізнає людей, які нею опікуються, бачить предмети, їхній колір, форму, розмір, де вони знаходяться у приміщенні. Вуха передають широке поле тонів, звуків та шумів і передусім мовлення. Про важливість дотиків ми вже згадували, коли розповідали про розвиток хапання.

Що ж відбувається далі з усіма цими враженнями, які проникають у людину із зовнішнього світу? Ми намагаємося їх поєднати й виявити ті поняття, які згодом впливатимуть на нашу поведінку. Крім того, ми можемо пригадати наші попередні враження від відчуттів і знову їх образно уявити. Усі ці можливості подальшої обробки відчуттів ми маємо на увазі, коли говоримо про поняття «перцепція».

Звичайно ж, і ці навички розвиваються в дитини дуже повільно. Новонароджений усе спершу сприймає через шкіру. Однак можна визначити, як навіть новонароджена дитина сприймає світло, темряву чи голосні шуми.

Уже на перших тижнях дитина починає фіксувати погляд, тобто спрямовувати його на щось конкретне. Кожна матір радітиме, зауваживши, що немовля на неї дивиться, коли вона його годує чи схиляється над його ліжечком.

У три місяці воно вже не тільки коротший час фіксує погляд на конкретному предметі, але й слідує, наприклад, за іграшкою, яку ми пересуваємо перед його очима в бік.

Отже, як тільки дитина починає оченнями все більше і більше сприймати своє оточення та довкілля, відразу зростає її уважність і властивість розрізняти тони та шуми. Шестимісячна дитина вже може впевнено визначити, з якого боку чути шум і зацікавлено повертає туди голову.

Оскільки немовля в півроку вже може дуже добре тримати свою голівку і балансувати, матір усе частіше бере дитину з ліжка, садить її на коліна чи носить по кімнаті, а тому значно розширюється середовище людей. Предмети та людей дитина вже більше не розглядає виключно з положення лежання – дитина починає бачити, що поряд містяться завжди ті самі речі, але вони можуть бути на різній відстані від неї, деякі рухаються, інші – ні, звідкись виникають якісь шуми, а іноді пахне щось смачне і т. д. Десять від сьомого місяця дитина починає розуміти, що ні предмети, ні люди не змінюють свого місцезнаходження, якщо їх на момент випустити з поля зору. Зокрема малюк заглядатиме за іграшкою, шукатиме іграшку, яка впала, хоча на якийсь момент і відірвав свій погляд від неї.

Ми помічаємо, що дитина усвідомлює просторові зв'язки, такі як вгору і вниз, усередині і ззовні, близько і далеко. У дев'ять місяців вона вже може взяти потрібну іграшку у якійсь коробці іншого кольору.

Отож горизонти дитини розширюються місяць за місяцем, вона щораз краще сприймає те, що перебуває і що робиться в її оточенні. Але від десятого місяця свою увагу вона все більше спрямовує на виявлення маленьких предметів і деталей. У цій фазі розвитку вона залюбки досліджує за допомогою свого вказівного пальця очі чи рот своїх батьків (або ляльки). Ця настирливість у виявленні дрібних предметів свідчить про те, що немовля тепер може сконцентрувати увагу на якомусь предметі на більш тривалий час.

Спостереження та концентрація – це два основні вміння, що дитина розвиває. Вони і є передумовою для **наслідування**, яке ми можемо тепер щораз частіше спостерігати в дитини. Власне, завдяки наслідуванню тепер вона може багато чому навчитися у своєму житті, зокрема навчитися говорити.

Дитина використовує своє вміння спостерігати не тільки для наслідування. Десять наприкінці першого року життя вона вчиться поєднувати свої спостереження та набутий досвід. Дитина, наприклад, розуміє, що за іграшку, причеплену на шнурок, можна потягнути; вона може на підставі спостережень за взаємозв'язками самостійно зробити перші висновки про свої дії.

Зорове сприйняття – це обробка і використання отриманої під час спостереження інформації. Усе, що зоровими нервами передається в мозок, повинно мати хорошу якість, в іншому ж випадку і здоровому мозку буде важко обробляти зорову інформацію. Діти з порушеннями моторики часто мають слабкість м'язів очей, через що дитині важко скерувати і зафіксувати погляд на предметі. Можлива градація від нечіткого бачення,

розпливчатого й нечіткого зору, аж до майже повної сліпоти, коли розрізняються лише світло і тінь. Інколи в дитини при нормальній будові ока спостерігаються центральні порушення зору, коли проблеми є у центрі зору в корі головного мозку. При цьому діти при дорослішанні можуть демонструвати певні проблеми: дитина зауважує дрібниці, але не бачить цілого (колесо/машина), недостатня перспектива зору, неправильно розуміє міміку і жести, слабо пов'язують реальні предмети і зображення.

Наступні особливості поведінки вказують на порушення зорової функції:

- немовля часто тре очі;
- примружує очі при зміні світлого місця на темне (і навпаки);
- очі неспокійно рухаються в різні сторони;
- немовля постійно крутить головою;
- дитина постійно трясє чи крутить щось перед очима;
- не дивиться в очі;
- не реагує, коли ви входите в кімнату;
- зауважує пляшечку, лише коли вона рухається;
- не зауважує крихти на білій скатертині;
- розглядаючи предмети, розміщує їх близько до обличчя;
- рухи рук невпевнені, і дитина часто робить безладні хапальні рухи.

Розвиток розуміння мовлення

Звичайно ж, ми хочемо знати, чи дитина розуміє те, що до нього говорять, однак спочатку нам залишається лише здогадуватися. Немовля ж не може відповідати, як дорослий, тому ми можемо тільки спостерігати, як воно реагує на наші слова. Але ця реакція спершу не точна і часто ми не можемо її однозначно інтерпретувати, наприклад, коли матір схиляється над своєю тримісячною дитиною, розмовляє з нею, то дитина борсається і «агукає».

Отже, дитина виражає за допомогою звуків стани настрою – задоволення чи невдоволення. Так само й реакція на звертання – це лише вираження почуттів і настроїв. Малюк радіє, що на нього звернули увагу і реагує передусім на те, як до нього говорять; що говорять – не настільки важливо, це другорядне. Десь від шостого місяця дитина починає відрізняти лагідне звертання від строгого. Часто матері зауважують, що їхня дитина скривлює личко чи починає плакати, коли батьки сварять її саму чи братика або сестричку. Тут, без сумніву, вирішальним є не зміст сказаного, а тембр голосу, тобто інтонація, сила звуку, міміка і жести.

Ці орієнтовані на почуття «відповіді» на те, що батьки говорять дитині, докладніше описані в розділі, присвяченому соціальній поведінці. Але сказати, що дитина розуміє те, що до неї говорять, можна лише тоді, коли вона відразу реагує на зміст сказаного. Ця навичка стає помітною на другому році життя.

У цьому віці немовля починає формувати поняття, тобто деякі сполучення звуків набувають для нього конкретного змісту. Так часто одним із перших слів, яке дитина розуміє, є «тато», коли матір постійно говорить це слово під час появи батька. Також і назву улюбленої іграшки, наприклад, м'яча або предметів, які матір дитині часто показує і при цьому називає, дитина вже може запам'ятати. Утворюються ці перші поняття на основі емоційних зв'язків дитини і її середовища чи оточення. Тому дитина запам'ятовує спочатку ті слова, які мають відношення до надійного, добре знаного домашнього середовища, опіки і догляду за нею.

Якщо десятимісячного малюка запитати, де є тато чи де якась іграшка, то воно повертатиме свою голівку і очима слідкуватиме за ними. Наприкінці першого року життя дитина так добре розуміє мовлення, що не тільки шукає очима, а й приносить відомі предмети, якщо її попросити, або простягає їх дорослому. Також дитина може виконати й інші нескладні завдання, а також прислухатися до заборон.

Отже, однорічна дитина володіє не лише деякими твердими поняттями, але й уже розуміє зміст невеликих речень. Безперечно, для цього необхідно постійно повторювати

ті самі слова, надаючи дитині можливість щоденно вправлятися та поліпшувати своє розуміння мовлення.

Протягом 1-2-х років дитина поступово вивчає назви усіх предметів і явищ, які знайомі йому на вигляд та дотик (формується пасивний запас слів). Це – база для розвитку розмовної мови. Здатність головного мозку засвоїти мову обмежена в часі. Якщо цей період згаяний діти будуть відставати у розвитку активної мови. Надалі можуть бути труднощі при читанні і письмі.

Дитина може бути глухою чи мати порушення слуху; не чути якийсь діапазон звуків; при нормальному слухові не розуміти змісту слів (при ураженні зон кори головного мозку). Для допомоги необхідно якнайшвидше виявити порушення слуху; в іншому випадку діти будуть німими.

Думки експертів збігаються в тому, що серед глухонімих людей приблизно 90% ще мають залишки слуху, але їх недостатньо, щоб можна було задовольнити природне прагнення дитини чути. Дитина не чує, як говорить її матір, і не може створити на свій слух власної мови. Так із порушення слуху розвивається значно серйозніша вада – глухонімота.

Сьогодні ми знаємо, що для багатьох хворих дітей це не неминуча доля. Якщо вдається на ранньому етапі діагностувати наявні залишки слуху за допомогою аудіометрії для немовлят і підсилити їх слуховими апаратами, то ці діти, якщо з ними інтенсивно працювати, ще можуть навчитися нормально говорити.

Але цей шанс існує лише в перші роки дитинства. Поза сумнівами, що та сама діагностика і та сама терапія, яка може на першому році життя допомогти дитині з вадами слуху в тому, щоб її мова розвивалася нормально, а у чотирирічному віці вже є безрезультатною. Навіть інтенсивні намагання закладів для глухонімих, які, безперечно, варті підтримки, не можуть уже навчити таку дитину нормально говорити.

Отже, зробимо висновки щодо розвитку здорової дитини: ранній розвиток мови – це функція перших трьох років життя; це остаточно і беззаперечно. Відповідно в ранньому дитинстві мовні впливи мусять мати інтенсивніший вплив на розвиток, ніж пізніша мовна стимуляція. Тому, по праву ми називаємо рідну мову материнською. Але слід зазначити, що мова не може формуватися після четвертого року життя дитини, коли відповідні частини мозку вже остаточно розвинулися.

Досвід показує, що батькам важко виявити глухоту дитини. Так, глухі діти добре відчують вібрацію (літак низько, вантажівку, грукіт дверей). Зовсім глухі діти нормально лепечуть до 1-го року, з 2-го року – менше, а в 1,5 року зовсім перестають видавати звуки. Кмітливі діти вчаться дивитися на рот батьків. Легкі порушення слуху пропускаються найчастіше (перевтома, брак уваги). Діти можуть чути слова фрагментарно (не чують шиплячих приголосних), тому відстають у мовленні.

Ознаки порушення слуху у дитини:

- сплячий новонароджений не реагує на свист (у нормі – неспокій, тремтіння повік);
- немовля у 6 міс не реагує на звук брязкальця, шурхіт паперу, шипіння (у нормі – шукає джерело звуку, розширення зіниць);
- дитина у 9 міс не реагує на невидимий поклик;
- дитина в 1 рік не прислухається до годинника біля вуха, не розуміє значення жодного слова;
- у 1,5 року відсутні ознаки розвитку мовлення, не реагує на своє ім'я, не виконує простих прохань;
- дитина б'є долонями по вухах;
- без причини голосно кричить;
- дивиться на батьків байдуже при розмові з нею;
- виконує прості прохання лише після вказівних жестів.

Розвиток мовлення

Розвиток мовлення є вирішальним для загального розумового розвитку дитини.

Часто вважають, що ми говоримо, бо думаємо. Але дослідження з глухонімими людьми змушують нас дійти висновку: ми насамперед думаємо тому, що говоримо. Уже давно відомо, що глухонімі люди стоять на нижчому розумовому рівні, ніж здорові, хоча вони і не є розумово відсталими. Через свою глухонімоту вони просто не здатні утворювати абстрактних понять.

Це можна легко пояснити словами «розуміння», «усвідомлення»: глухонімиї може зрозуміти все, що він бачить чи відчуває. «Свободи» ж він не може побачити чи доторкнутися до неї і тому не може її усвідомити. Розглядаючи цей приклад, візьмімо до уваги нюанси нашої рідної мови, щоб зрозуміти абстрактне значення слова «усвідомлення» на відміну від слова «схопити».

Якщо знову перенести ці дані на виховання та розвиток здорової дитини, тоді нам стане зрозуміло, що мовне виховання в ранньому дитинстві мусить мати вплив не тільки на мовні процеси як такі, а й на розвиток людської особистості загалом, і що мовний розвиток у перші роки дитинства є визначальним у пізнішому інтелектуальному та розумовому розвитку.

Розвиток звукового вираження

Від першого дня свого життя дитина виявляє себе за допомогою звуків. Хоча те, що немовля в перший рік життя «розповідає», не можна ще назвати «говорінням» у прямому значенні, але звукове вираження в цьому віці – це дуже важливі та необхідні кроки до говоріння. Говоріння – це одна з найхарактерніших ознак людини, що дуже суттєво вирізняє її з-поміж інших живих істот. Із говорінням тісно пов'язане мислення, яке теж є формою взаєморозуміння між людьми.

Якщо ми уважно спостерігатимемо за звуками, які видає немовля протягом першого року життя, то здивуємося, як багато дитина може виразити за допомогою звуків і як вона це робить. Так можна побачити «зміст», який ховається за цими спершу зовсім незрозумілими звуками, тобто зрозуміти, що немовля хоче цим сповістити.

У перші два місяці життя дитина ще багато спить, і найважливішим звуковим виразом є безупинний сильний крик. Так немовля привертає увагу людей, які її оточують, до того, чого їй бракує: коли воно голодне чи мокре, коли воно мерзне чи його щось болить. Але своє хороше самопочуття воно дуже рідко виражає через голосні чи гортанні звуки. Вони здебільшого виникають випадково під час видихання.

Але у віці трьох-чотирьох місяців звукове вираження стає дедалі частішим – водночас дитина спить усе менше. Особливо виразно батьки чують безперервну вимову звука – «р». Це звучить так, ніби дитина «буркає». Власне цими «rrr»-звуками дитина виражає радість та добре самопочуття. У цей час прослуховуються й перші склади, вони ще невідрізані і неповні, і їх важко імітувати.

Дуже велику радість приносить батькам те, коли наприкінці четвертого місяця їхня дитина починає радісно «агукати», коли їй говорити щось приємне чи коли вона особливо задоволена. Звуками дитина може виражати не лише неприємні чи приємні відчуття, вона також може показати, наскільки великою є її радість і як їй добре. Для загального «розвитку мовлення» в цьому ранньому віці надзвичайно важливо, щоб із немовлям часто говорили. Завдяки цьому інтенсивному встановленню контакту покращується настрій дитини, що своєю чергою посилює її радість вираження.

У віці п'яти-семи місяців дитина починає робити те, що ми зазвичай називаємо «лепетати» чи «розповідати». Дитина впереміш нанизує один на один усі голосні та приголосні, які вона вже знає. Але в цьому розмаїтті звуків можна тепер виразно почути деякі склади. Попри це, немовля в цьому віці змінює висоту звучання, (то вище, то нижче) і силу (то голосніше, то тихіше). Отож, якщо відносно свого соціального розвитку дитина знаходиться у фазі, коли вона починає відчувуватися і стримано або взагалі боязко реа-

гує на чужих людей і навіть інколи і на чуже оточення, то вона «розповідає» вдома. Її до цього спонукає мама, однак вона охоче балакає і тоді, коли сама в кімнаті або має добрий настрій.

У дев'ять-десять місяців немовля починає подвоювати деякі склади, які воно вже вимовляло в попередні місяці. Ці подвійні склади можна легко зрозуміти, і вони нагадують перші слова, наприклад, «ма-ма», «ба-ба», «ва-ва». Насправді це перша вагома спроба надати звукам форму слова.

Одинадцятий-дванадцятий місяці – переломний момент для розвитку звукового вираження. До цього часу немовля виражало свої потреби і настрої насамперед звуками, немов тренувалося, постійно повторюючи те, що могло «сказати». Тепер воно намагається з відомими чи частовживаними складами пов'язати якийсь «зміст». Наприклад, матір завжди повторювала дитині склади «та-то» тоді, коли з'являвся батько. І дитина повільно вчилася встановлювати зв'язок між словом «та-то» і батьком, та одного разу, побачивши батька, вона мимоволі скаже «тато». Безперечно, ці перші «дитячі слова» мають надто широке значення, як-от: «гав-гав» позначає для дитини не тільки собаку, але й кожну чотириногу тварину, «б-р-р-р» – будь-який мотор, що гуде. Але перший важливий крок до говоріння вже зроблено, закладено підвалини для наступних етапів розвитку; і на другому році життя дитина зможе висловлюватися реченнями з двох слів.

Мова і мислення впливають одне на одного – людина думає словами. В основі мовного розвитку – емоційний контакт. Порушення мови може зумовлюватися 3-ма причинами, як-от:

- порушення слуху і розуміння почутого;
- порушення мислення;
- порушення функції м'язів.

Батьки повинні відповісти собі на запитання:

- Які слова дитина точно розуміє?
- На які слова реакція випадкова?
- Чи дитина більше орієнтується на міміку і жести?

Отже, розвиток мови проходить декілька етапів: тренування при прийманні їжі, агування та лепет немовлятка, наслідування звуків, спонтанна мова.

Мають насторожити такі сигнали щодо розвитку мовлення:

- розщілини губ, піднебіння;
- постійна слинотеча;
- труднощі при смоктанні, ковтанні;
- виражений блювотний рефлекс;
- виштовхування каші язиком;
- відсутність гуління, лепету.

У сфері соціального розвитку теж є свій час для навчання. Отож, дитина повинна набутти наступні навички у соціальній сфері.

1–2 міс. – Чудове досягнення на другому місяці життя: матір схиляється над дитиною, повільно киває головою та любно до неї промовляє. Спочатку дитина дуже уважно за цим спостерігає, аж поки матір одного дня помічає: кутики її вуст розтягуються в чарівній першій посмішці. Перші чіткі вияви любові дають нові несподівані імпульси для матері та дитини, для їхньої внутрішньої взаємної прихильності (так звана «ангельська усмішка» новонародженого є цілком випадковою, їй бракує соціального елементу, вона не залежить від звертання матері).

3 міс. – Усе частіше усмішка стає невід'ємним елементом поведінки немовляти. Коли воно бачить людське обличчя, що рухається, то до шостого місяця воно реагує на це усмішкою. Усмішку може викликати в цьому віці навіть чуже обличчя. Дитина не усміхається до предметів, лише якщо вони подібні до людей. Ця посмішка є типовим способом поведінки в соціальному контакті.

4 міс. – У чотири місяці вже можна почути голосний радісний сміх, особливо коли біля неї батьки або брати і сестри. Усе тіло висловлює радість.

5 міс. – Відрізняє строгу інтонацію від лагідної. Тепер дитина завдяки міміці й тону помічає, коли мама стає «строгішою». Риси обличчя малюка виражають безпорадність, страх або здивування. Це важливий знак і доказ для батьків, що дитина виявляє різні типи поведінки. Вона розуміє негативне.

6 міс. – соціальна усмішка після 6 місяця стає диференційованою, тобто дитина відразу дарує свою усмішку лише знайомим особам, у той час, як до чужих людей вона ставиться стримано. Спостерігаючи за її мімікою, бачимо, що дитина вивчає невідомі риси обличчя. Часто лише дружнього жесту чужої людини достатньо, щоб дитина стала люб'язною. (Якщо немовля не бачить батька кілька днів, то і йому може випасти роль чужинця...)

7 міс. – Гра в піжмурки. Однією з перших соціальних ігор з дитиною є так звана «гра в піжмурки». Матір чи довірена особа кладе дитині на голову хусточку, закривши очі, радісно кричить: «ку-ку» і сміючись стягує з дитини хустинку. Після кількох перших «спроб» дитина сама стягуватиме хустинку з обличчя і радісно сміятиметься до матері.

8 міс. – Страх перед чужими. Дуже важливою фазою розвитку в соціальній поведінці є той факт, що дитина на восьмому місяці реагує на чужих людей з виразною стриманістю чи навіть боязкістю. Вона тепер чітко відрізняє знайомих та довірених людей від тих, кого вона ніколи чи дуже рідко бачила. Вона не дозволяє кожному брати себе на руки чи доторкатися до себе, відвертається – часто плачучи – від чужих.

9 міс. – Гра у схованки. Тепер дитина вже сама шукає матір, яка ховається за меблями. Матір привертає увагу дитини до себе, виглядаючи час від часу зі своєї схованки і гукаючи «ку-ку», «тут» чи щось інше. Дитина напружено чекає (навіть декілька секунд), повертаючи в пошуках голову в бік матері, поки та не вигляне зі своєї схованки. Тоді дитина задоволено сміється.

10 міс. – Радіє похвалі. Тісний контакт із матір'ю, батьком чи іншими особами в десять місяців виявляється в дитини в тому, що вона радіє, коли її хвалять. Вона залюбки знову і знову робить те, що її просять дорослі, притягуючи їхню увагу до себе.

12 міс. – «Гра в лови».

Наприкінці першого року життя емоційний контакт «батьки і дитина» стає дедалі чіткішим та набуває характеру спільних ігор. Так, дитина отримує величезне задоволення, коли мама повзає і намагається спіймати немовля.

Розвиток соціальної поведінки

Соціальна поведінка – це передовсім те, як дитина сприймає своїх близьких і налагоджує з ними контакт.

Також соціальна поведінка містить ще одне поняття – соціалізацію – уособлення дитини і пристосованість до соціального середовища. Перші кроки до цього – це вміння самостійно їсти й пити, одягатися та роздягатися, а також опанування функціями виділень (іншими словами, здатність до самообслуговування).

На першому році життя для цього необхідні умови. Сприйняття (спостереження) та моторна вправність мають спочатку досягнути певного стану розвитку. Десь наприкінці першого року життя дитина частково зможе використовувати набуті вміння для своєї самостійності. Вона починає їсти з руки сухарик, печиво та інше. П'ючи зі склянки чи пляшки, вона теж старанно тримає її. Якщо мати сприяє цьому, то дитина на другому році життя робить це охочіше.

Самостійність та незалежність у догляді й постійна допомога мають пізніше для дитини і зворотний вплив на контакт з іншими людьми та входження в суспільство. Тому ми розглядаємо ці вміння в контексті соціального розвитку.

Від першого моменту життя зв'язок дитини та її близьких має надзвичайно вагоме значення. Спочатку вона найінтенсивніше сприймає цей зв'язок через шкіру. Дитина

відчуває її тепло та м'якість, а також контактує через шкіру з матір'ю, особливо під час годування; це перша форма позитивної зустрічі з людиною.

На другому місяці немовля починає сприймати людське обличчя і реагувати на людський голос. У цей час воно вперше усміхається, виражаючи радість і добре самопочуття, а також коли дитина бачить людину, прихильну до неї. Радість від контакту можна виразно спостерігати в дитини упродовж усього першого року життя. Це свідчить про глибоку потребу людини бути серед інших людей і відчувати їхню прихильність. Нам добре відомо, якої великої шкоди завдано дітям, які від народження зростають у дитячих будинках, де немає можливості дати їм навіть частинку тієї любові, яку зазвичай дають батьки своїм дітям.

Від шостого місяця життя немовля починає чітко розпізнавати своїх близьких і відрізняти їх від чужих. Воно не усміхається всім, як раніше і не дозволяє відразу незнайомцям брати себе на руки.

Наприкінці першого року життя ця стриманість набуває дедалі виразніших форм і може перерости в сильний страх перед незнайомцями. Страх перед чужими – дуже важлива фаза в розвитку дитини. Навчившись розрізняти довірених та чужих людей, дитина будує глибокі почуття приналежності та любові до близьких і почуття стриманості до незнайомих чи ледве знайомих залежно від почуттів.

Семимісячне немовля вже не реагуватиме завше радісно, коли до нього хтось люб'язно говорить, а із власної ініціативи активно й самостійно вступатиме в контакт із близькими людьми. Так дитина привертає до себе увагу «окличними звуками», витягуючи ручки, просячись на руки дорослого, або під час гри «у хованки» стягує хустинку з голови, щоб продовжити гру.

Після шести місяців дитина цікавиться й тим, що роблять її батьки чи інші дорослі, і уважно приглядається до них. Від десятого місяця можна вже спостерігати «діалог» між матір'ю та дитиною: при цьому матір говорить до дитини, а дитина «відповідає», наслідуючи інтонацію й окремі звуки матері.

Наприкінці першого року життя нарешті нагромаджується такий багатий репертуар контактних і комунікативних можливостей між матір'ю та дитиною, що тут стають можливими численні соціальні ігри, наприклад «Гра в лови». Слід зазначити, що лише коли існує тісний взаємний контакт між батьками й дитиною, вона може оптимально розвиватися в інших функціях. Прихильність до дитини і просторова близькість із нею – основні передумови її подальшого соціального, емоційного та розумового розвитку.

Обмежені соціальні контакти і нестача материнської уваги особливо небезпечні у перші 3 роки. Досвід закладів показав, що дитині обов'язково потрібен хтось постійний і люблячий для формування бази соціального розвитку. Немовлята, якими особа, що виконувала функції матері, займалася недостатньо, значно відставали у своєму мовному та соціальному розвитку. Недорозвинутість була виражена сильніше, якщо особа, що заміняє матір, менше часу присвячувала дитині або якщо така особа часто змінювалась.

Проте деякі діти навіть з гарними батьками можуть мати порушення соціального розвитку (ранній дитячий аутизм). Ось такі симптоми мають турбувати нас щодо соціального розвитку при дорослішанні дитини:

- дитина надто спокійна;
- невиразна міміка;
- дивиться крізь дорослого;
- відхиляє ласки, любить бути сама;
- відмежовується від оточення, є сама із собою;
- не наслідує, не прагне щось повідомити;
- враження постійного внутрішнього неспокою;
- постійно в русі, ходить на носках;
- не зосереджується на одному занятті;

- постійно носить із собою якийсь предмет;
- любить одноманітну діяльність;
- цікавиться більше речами;
- облизує, нюхає предмети;
- панікує при нових діях;
- спостерігаються напади люті, може бити себе;
- повторює питання замість відповіді.

Приклади дитини з вадами слуху, зору та соціальної поведінки показують, що і після народження існують чуттєві фази для деяких процесів розвитку, які є вирішальними для формування цих функцій. На прикладі соціально неповноцінних дітей бачимо, що і здорові діти можуть стати відсталими, якщо не буде відповідних умов для їхнього догляду та виховання, а також здорового розвитку. Насамперед виявили, що і немовля, і мала дитина потребують для життєво важливого соціального розвитку піклування однієї особи, що виконує функції матері.

Саме матір/постійний опікун – це та особа, яка вдень і вночі поруч із дитиною, і саме вона може вчасно розпізнати, чи дитина відстає в розвитку певних функцій, чи ні. Вона є тою особою, яка тримає в руці ключ для вчасного успішного лікування, і саме вона може найкраще розказати лікареві, психологові чи терапевтові про свою дитину.

Якщо ви спостерігаєте за своєю дитиною і займаєтеся нею, то це водночас і є оптимальною умовою її розвитку. Природно, ця увага батьків, особливо матері, є настільки великою, що не потребує жодних спеціальних «програм тренування».

Програми ранньої педагогіки, які передусім намагаються прискорити інтелектуальний розвиток дитини, є не настільки важливими. І навпаки, емоційна й соціальна увага до загального розвитку дитини тільки з боку однієї особи, що виконує функції матері (це не обов'язково мусить бути рідна матір), є першорядною.

Передумова для життєво вирішального соціального розвитку немовляти та маленької дитини полягає в тому, щоб одна й та сама особа могла 5–6 годин (на день) інтенсивно приділяти увагу дитині, і щоб оточення залишалося по можливості незмінним. Батьки/опікуни можуть дати природно все, чого потребує немовля для свого здорового розвитку.

ДОДАТОК 2

Загальна інформація щодо найпоширеніших порушень та захворювань, що призводять до інвалідизації у дитячому віці

ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це група стійких, але не незмінних порушень постави та рухів, які проявляються у перші роки життя і зумовлені непрогресуючим ураженням головного мозку внаслідок порушення під час його розвитку.

Дитячий – виникає до, під час, після пологів.

Церебральний – ураження в головному мозку.

Параліч – втрата цілеспрямованого руху.

ДЦП не можна вважати хворобою у традиційному значенні цього слова. Це стан, який не прогресує й існує від народження дитини упродовж усього життя. Діагноз ДЦП підтверджують здебільшого після року життя.

Причини виникнення ДЦП

- Негативні впливи під час вагітності: внутрішньоматкові інфекції, порушення закладки мозку, інтоксикація вагітної, порушення плацентарного кровообігу.
- Проблеми під час пологів: асфіксія, внутрішньочерепні крововиливи, пологова травма.
- Проблеми, які виникли у дитини після народження: метаболічна інтоксикація, інфекції (менінгіти), порушення мозкового кровообігу, травма.

Поширеність ДЦП – 2,5 випадку ДЦП на 1000 новонароджених. Не залежить від країни, культури, економічного розвитку.

Принципи класифікації ДЦП

За формою: спастичний, дискінетичний, атактичний.

За місцем прояву: двобічний – тетраплегія, диплегія, однобічний – геміплегія.

За важкістю: легкий, середній, важкий (параліч, парез).

Основні ознаки ДЦП

- Проблеми із м'язовим тонусом. Тонус – помірне напруження м'язів, коли вони перебувають у стані відносного спокою. Тонус м'язів може бути різко підвищеним (гіпертонус, спастичність), зниженим (гіпотонія) або дистонічним (коли гіпотонія чергується з гіпертонусом).
- Патологічні рухи: атаксії (порушення координації рухів, рівноваги) та гіперкінези (мимовільні, неконтрольовані рухи).
- Патологічні рефлекси.
- Порушення рівноваги.
- Контрактури та скелетні деформації.

Інші проблеми, які часто супроводжують ДЦП (затримка психомовного розвитку – частина дітей з ДЦП має різний ступінь розумової відсталості, порушення слуху, зору, судоми, патологія травної системи).



Спастична геміплегія – ураженою є одна частина тіла (ліва/права).

Спастична диплегія – ураженими є 4 кінцівки, проте сильніше страждають ноги.

Спастична тетраплегія – ураженим є все тіло (більше руки).

Чого потребує дитина з ДЦП?

- Насамперед, любові та прийняття – обіймів, поцілунків, гри, спілкування. Таке ставлення дає змогу дитині відчувати себе щасливою і є добрим фундаментом для успішних втручань фахівців.
- Зменшення впливу ДЦП на щоденні функціональні навички – зручно їсти, бавитися, відпочивати (треба подбати про комфорт дитини, підвищення функціонального рівня дитини, профілактику вторинних ускладнень – контрактури, пролежні, деформації).
- Поступової стимуляції для надання дитині досвіду у вивченні свого тіла та дослідженні середовища: сенсорна (відчуття тіла, зорова, слухова, вестибулярна, тактильна стимуляція), рухова (відчуття зразка правильного руху).
- Медичного нагляду – невролог, додаткові методи обстеження, генетичне обстеження.
- Роботи з фахівцем фізичної реабілітації для покращення рухових навичок.
- Психологічної допомоги.
- Педагогічних та логопедичних занять (важливо знайти садочок/школу для соціального розвитку дитини).

ДЦП не виліковується, але комплексне професійне втручання, батьківська любов дозволяють кожній дитині розвинути максимум своїх можливостей, покращити якість життя й досягти адекватного рівня соціалізації.

СИНДРОМ ДАУНА

Синдром Дауна (СД) – вроджене порушення розвитку, яке характеризується розумовою відсталістю та наявністю певних фізіологічних особливостей.

Це одна з найбільш розповсюджених причин розумової відсталості. Коефіцієнт інтелектуального розвитку (IQ) – 20-49, мислення – конкретне, абстрактні поняття – важкодоступні.

Частота синдрому Дауна серед новонароджених складає приблизно 1:700 і не залежить від етнічного, соціального або географічного фактора. Співвідношення хлопчиків і дівчаток 1:1.

Ленгтон Даун описав зовнішні риси, часті випадки пороків серця та ендокринної системи у 1866 році. Характерні риси: очі, перенісся, шкіра, долоні, форма голови, волосся, пальці, ріст.

Проблеми дітей із СД:

- 1) Стан серця (50 % дітей мають проблеми із серцем, 25 % дітей потребують оперативного втручання. Важливо вчасно зробити операцію, а потім дитина зможе адекватніше розвиватися).
- 2) Робота щитовидної залози (при народженні та в процесі розвитку можуть змінюватися, тому потрібно регулярно робити аналізи крові – 6 міс, 1 рік, а потім 1 раз на півроку). Ознаки: швидко втомлюється, в'ялий, характерні запори.
- 3) Частіше є проблеми із зором (наприклад, катаракта, що затримує розвиток зору, косоокість (якщо вчасно не помітити, то одне око перестає функціонувати)).
- 4) Проблеми зі слухом діагностуються досить часто. Деякі звуки дитина може чути поіншому. Деякі частини слова може сприймати неправильно. Може чути, але не розуміти.
- 5) Часто – проблеми із харчуванням, що затримує нормальний розвиток (контроль антропометричних даних – по картах розвитку для дітей із СД).
- 6) Гіпотонія або знижений тонус, який є у дітей із с. Дауна. Гіпотонія у дітей проявляється в різних ступенях. В одних вона виражена слабо, у інших – дуже яскраво виражена. Наприклад, тримаючи маленьку дитину на руках, відчувається, що вона ніби вислизає з рук. Із часом м'язовий тонус стає вищим, але залишається дещо заниженим протягом цілого життя.
- 7) Гіперрухливість суглобів – це пояснюється тим, що зв'язки, які з'єднують кістки, малоеластичні та слабкі. У ранньому дитинстві дуже помітна рухливість кульшових суглобів. Наприклад, дитина може сидіти у положенні шпагату.

Діти із СД засвоюють моторні навички повільніше, але дитина навчиться сидіти, змінювати положення, ходити, бігати, стрибати. А також дитина навчиться більш складним рухам: танцювати, плавати, їздити на велосипеді.

Дитині потрібно багато практикувати такі рухи, але із часом дитина буде впевнена у своїх фізичних можливостях.

Кожна дитина розвивається індивідуально, одна повільніше, інша – швидше. Діти з СД в цьому не відрізняються, але для них характерні деякі фізичні особливості, а часто і захворювання, які можуть стати причиною затримки фізичного розвитку дитини.

Затримка розвитку мови та мовлення

Розуміють більше, ніж можуть сказати, спостерігається невідповідність між розвитком мовлення та його розумінням. Можуть не говорити, але добре розуміти все, що відбувається навколо.

Дітям із СД потрібно постійно поповнювати словниковий запас, вдосконалювати розуміння і працювати над розвитком мовлення.

В розмовному мовленні діти із СД часто пропускають прийменники та дієслова. Знають, що хочуть сказати, але не можуть вимовити.

Існує зв'язок між розвитком граматики і розвитком словникового запасу, хоча словниковий запас поповнюється повільно. Необхідно намагатися розширити словниковий запас (чим раніше, тим краще), тому що від цього залежить застосування граматичних правил. Якщо активний словник дитини – 200–250 слів, то можна розпочинати вчити розумінню граматичних аспектів (число, час). Діти із СД розпочинають використовувати граматичні правила, починають говорити пізніше (звичайні діти – у 18 місяців–3 роки, діти із СД – 3–8 років).

80–85 % дітей із СД мають проблеми зі слухом, періодично втрачають слух (наявність рідини в середньому вусі – середній серозний отит). Це зумовлює труднощі при вивченні мови, бо дитина не чує всі елементи мовлення.

Якщо використовувати довгі речення, дитина запам'ятовує кінець. Діти схильні довго обробляти інформацію, мають труднощі при диференціації звуків, використанні вербальної короткочасної пам'яті. Деяким дітям потрібно промовляти слова по складах. Потребують ранньої логопедичної корекції (робота над координацією губ, щелеп, м'язів обличчя).

Щодо розвитку мовлення, необхідно, щоб жести підтримували засвоєння інформації. Якщо використовувати жести, то ймовірно, що діти до 3-х років почнуть говорити.

Контроль та розвиток слуху, зору в ранньому віці є обов'язковим.

Розвиток основних рухів у дітей із СД та у дітей без порушення розвитку

Розвиток основних рухів	Діти із с. Дауна		Діти без порушення розвитку	
	Середній вік, міс.	Віковий діапазон, міс.	Середній вік, міс.	Віковий діапазон, міс.
Тримання голови				
Тримання голови	5	3–9	3	1–4
Перевертання	8	4–12	5	2–10
Сидіння прямо 1 хв.	9	6–16	7	2–10
Ходить з допомогою	16	6–30	10	7–12
Стоїть самостійно	18	6–30	11	9–16
Ходить без допомоги	19	13–48	12	9–17
Піднімається сходами з допомогою	30	20–48	17	12–24
Спускається сходами з допомогою	36	24–60	17	13–24
Бігає	48	20–24	20–24	
Підстрибує на місці	48–60		30–40	

Доречним буде залучення наступних спеціалістів:

- фізичний терапевт: розвиток моторики, рухової координації;
- логопед: розвиток мовлення;
- психолог: когнітивний розвиток.

Пам'ять

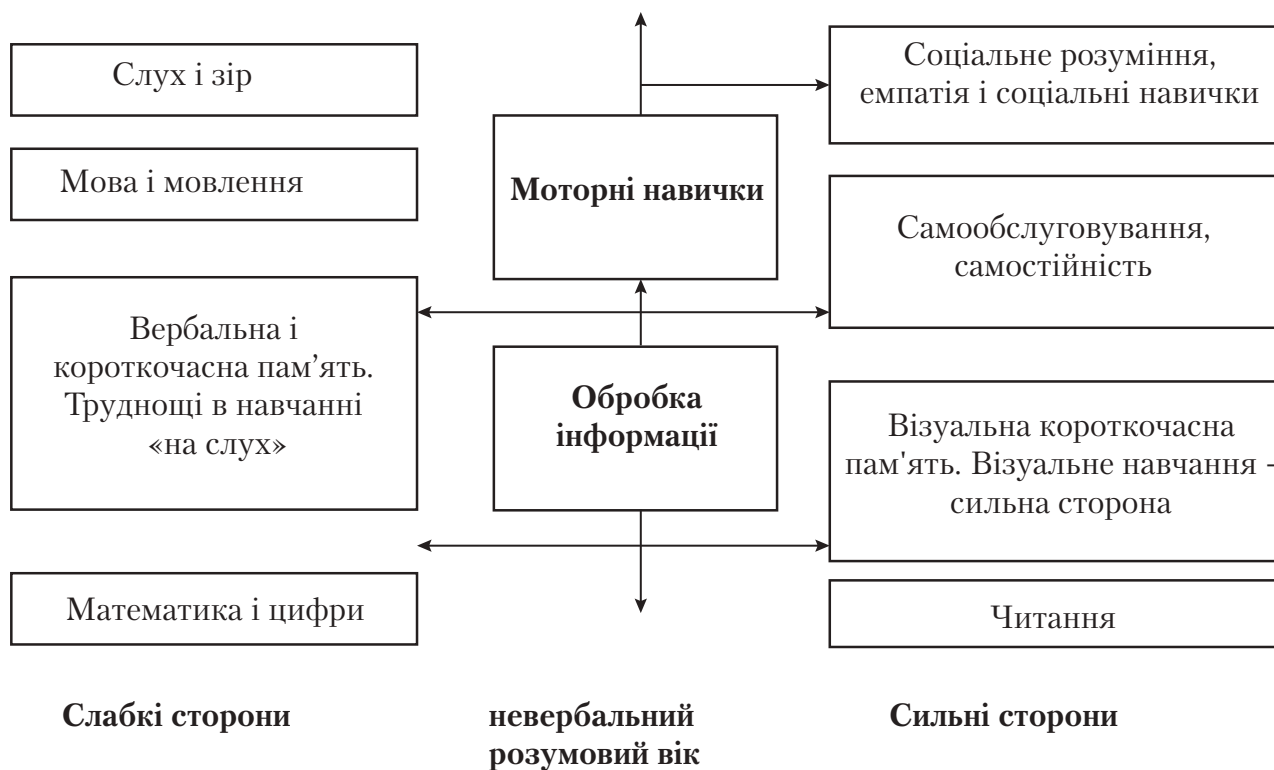
(Робоча пам'ять – як утримувати і як маніпулювати інформацією)

У дітей із СД довгий процес обробки інформації. Наприклад: собака, який біжить за кішкою – чорний, діти із СД подумують, що кішка чорна. Тому потрібно з такими дітьми розмовляти короткими фразами. Характерними є труднощі при поступанні та обробці інформації. У пам'яті дітей з СД відкладається друга частина слова: жи – *раф*.

Такі діти потребують більше часу, тому необхідно їм давати можливість подумати. З віком можна працювати над збільшенням швидкості мислення у дітей (швидкі запитання).

Отже, у дітей із СД: дуже короткі фрази, неповні речення, обмежений словниковий запас, нечітке мовлення, слабка обробка довгих речень.

Як навчати дітей із СД?



Навчання

У дітей із СД добре розвинені імітаційні навички. Тому батькам варто будувати всі свої дії, спираючись на сильну соціальну сторону (використовувати взаємодію, можливість спостерігати, моделювати поведінку). Розмовляти з дітьми і поводити себе з ними необхідно природно – більше розмовляти, щоб вони могли наслідувати. Моделювати свою і їхню поведінку відповідно до віку (це важливо!). При спілкуванні з дитиною бажано, щоб вона виявила свою реакцію, але не обов'язково вимагати говоріння. Необхідно створити оптимальне спеціальне середовище для розвитку і навчання. Короткі заняття для таких дітей є більш корисними, ніж довгі. Протягом гри приділяти достатньо уваги повторенню й перевірці вивченого. Діти із СД потребують багато практики та повторювань.

Дуже важливо давати дітям більше часу на формування відповіді. Розвиток і навчання поступово – від навички до навички.

Принципи занять такі ж, як і зі звичайними дітьми (пісеньки, віршики, лічильники, скоромовки). Головне – заняття повинні бути практичними і проводитися у звичних для дітей умовах.

У роботі з такими дітьми потрібно встановлювати межі, забезпечити режим дня. Дитина відчуває себе в безпеці, якщо знає, чого очікувати, що батьки контролюють її поведінку. У дітей із СД часто є труднощі з плануванням.

Діти отримують користь, якщо перебувають у структурованому середовищі. Важливо розвивати вміння дивитися в очі, встановлювати контакт з дитиною.

Соціальна сфера

Діти із СД – соціально орієнтовані. Емоційно діти із СД мало чим відрізняються від здорових однолітків. Потребують більшого кола спілкування, а не тільки батьки (вчать від однолітків – поведінка в побутових ситуаціях, гра, спілкування, ролики, тощо). З дитинства бажано забезпечити взаємодію зі звичайними дітьми, щоб вони могли бачити їх дії, рухи та повторювати. Діти із СД навчаються краще, коли бачать (наочно-образне мислення). Діти із СД добре соціалізуються (спостерігають за іншими, беруть з них приклад), дуже чутливі до невдач.

Потребують підтримки, допомоги з боку дорослого. Дітям із СД потрібно допомогти прийняти правильне рішення, відповісти правильно. Вони навчаються, практикуючись, вправляючись. Повторення – це додаткова практика. Максимальна допомога доречна до тих пір, поки дитина не розпочне виконувати бажану дію самостійно. Із часом потрібно зменшувати підтримку.

Діти із СД будуть використовувати соціальні навички, щоб уникнути складних ситуацій.

У дітей із СД краща поведінка, ніж у дітей з проблемною поведінкою.

Діти із СД – посидючі, можуть займатися монотонною роботою, зосереджуватися на чомусь одному. Таким дітям потрібно давати вибір, враховувати різні можливості.

РАННІЙ ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ

Ранній дитячий аутизм (РДА) – медичний діагноз, тому його має визначати спеціаліст – дитячий психоневролог.

На жаль, часто буває складно розпізнати цей стан. «Розкид» діагнозів зустрічається досить широкий – від проблем зі слухом і зором, мовним розвитком – до розумової відсталості і шизофренії. Але, на щастя, на практиці рідко зустрічаються «класичні аутисти», частіше доводиться працювати з дітьми, у яких виявлені окремі риси аутизму. Для них розробляють індивідуальні програми «лікувального» виховання.

Статистика говорить про те, що аутизмом страждають шість дітей у віці до восьми років на кожну тисячу. Раніше вважалося, що поширеність цього захворювання виявляється на рівні одного-двох дітей з тисячі. Хлопчики хворіють у три рази частіше, ніж дівчатка. На сьогодні аутизм зустрічається частіше, ніж сліпота і глухота разом узяті.

Причини аутизму

Про причини аутизму відомо мало. Раніше вважалося, що його може викликати вакцинація від кору, свинки і краснухи, а також імунологічні порушення і захворювання кишечника. Сучасні дослідження цього не підтверджують.

Ще одна з причин, як вважають, наприклад, психоаналітики, це – «емоційна холодність батьків», особливо на ранніх етапах розвитку дитини.

За найостаннішими даними, вчені виявили у хворих на аутизм вроджені порушення розвитку мозку (дисфункції або диспропорції: недорозвинення певних часток мозку в поєднанні з гіперрозвитком інших його областей), хромосомні аномалії та обмінні порушення, зміни на генному рівні (на які, у свою чергу, впливають несприятливі екологічні умови, стреси). За деякими даними, в аутичних дітей присутнє порушення розвитку мозку, зокрема мигдалеподібного тіла – центру, який відповідає за емоції. У крові хворих були виявлені специфічні білки. Мабуть, у прояві цієї хвороби велику роль відіграє спадковість.

Американські дослідники вказують також на прямий зв'язок між частотою захворювання на аутизм та поширенням комп'ютерів. Так, симптоми порушення міжособистісного спілкування, які спостерігаються у фанатичних програмістів і «хакерів», збігаються з ознаками аутизму.

Прояви аутизму

РДА – це цілий комплекс розладів психічного розвитку дитини, який виражається порушенням контакту з оточуючими, емоційною холодністю, відхиленнями в інтересах, стереотипністю діяльності. Хвороба впливає як на психічні функції (мова, інтелект), так і на сприйняття світу. Так, хворі часто не мають власної думки і не розуміють загального змісту подій, що відбуваються навколо.

Як веде себе здорова дитина?

0–1 міс.	Нерозбірливий плач. Перша реакція на навколишнє середовище, вибірковість до мовних стимулів.
3 другого місяця	Пожвавлення при спогляданні «своїх дорослих», у більш старшому віці – підвищена увага і пожвавлення при вигляді картинок, що зображують обличчя й очі.
1 – 5, 6 міс.	Плач розрізняється: голодний плач, плач, пов'язаний з болем у животі, і т. д.
3 – 6, 7 міс.	Гуління. Стадія вокальної гри. Дитина слухає звуки навколо себе і намагається продукувати їх сама. Звичайно, вони ще відрізняються від звуків дорослого мовлення, навіть коли мати намагається імітувати гуління дитини.
6–12 міс.	Белькотіння, повторення чутних звуків, складів.
9–10 міс.	Повторення звуків, які дитина чує (ехолалія). Відмінність від белькотіння у тому, що дитина повторює те, що безпосередньо чує від іншої людини.
Близько року	Діти люблять, коли з ними розмовляють.
З 2–2,5 року	Впізнавання на фотографіях близьких, себе – (коли формується самосвідомість: «Я» і «Не я»), правильне уявлення про своє тіло.
Після двох років	Дитина здатна відгукуватися на емоції оточуючих, «заражатися» ними. Присутні позитивні емоції при вигляді нових іграшок, при спілкуванні.
Після трьох років	Дитина адекватно використовує особові займенники (я, ти, ми), будує оригінальні висловлювання. Висловлює бажання щось зробити самостійно. Дитина здатна співпереживати героям казок, здатна грати, фантазувати. Під час гри виявляє розвинену уяву (ігри із заміщенням – коли уявляють, наприклад, що палиця – це конячка).

Якщо хоча б якісь моменти розвитку, зазначені в цій таблиці, у вашого малюка відсутні, зверніться до дитячого психолога, який підкаже, що робити, і розробить індивідуальну програму «лікувального виховання».

Симптоми аутизму можуть проявитися вже в перший рік життя. У малюка відсутній комплекс пожвавлення, який є у дітей приблизно з першого місяця, емоційно він дуже слабо реагує на близьких, аж до повної байдужості. Дитина-аутист не усміхається, не йде на контакт «очі в очі», хоча звертає увагу на предмети. Ці діти слабо реагують на різні зорові і слухові подразники, вони іноді здаються глухими та сліпими.

Чим далі, тим більше ознаки аутизму лякають батьків. Такі діти дуже бояться змін: нові предмети, обстановка, люди викликають у них тривогу, яка проявляється або відсутністю контактів, або істерикою, відмовою щось робити.

Те ж стосується й мови аутичної дитини: або вона взагалі не говорить, або, як папуга, вимовляє щось, не звертаючись ні до кого. Повторення одних і тих же дій, слів заспокоює. Батькам же здається, що дитина не розуміє, про що вони говорять, не запам'ятовує. Насправді це не так. Хворий малюк може пригадати, наприклад, розмову між мамою і татом через кілька днів, тижнів, і навіть здатний передати інтонацію.

У трирічному віці у них не відбувається «революційного» розвитку самосвідомості. Такий малюк не говорить про себе «я»: може продовжувати говорити про себе в третій особі або навіть у множині – «ми». Іноді у мові використовує штампи (фрази з мультиків, реклами).

У таких дітей спостерігається затримка розвитку усвідомлення меж свого тіла – буває, вже у шкільному віці дитина, немов уперше, може годинами розглядати себе в дзеркалі, обмацувати тіло.

Дитина з аутизмом не дуже добре розуміє, що відбувається навколо, не усвідомлює існування предметів та інших людей. Потім хвороба прогресує наступним чином: дити-

на не прагне до контактів з оточуючими, не може або не хоче розрізняти людей, тварин і неживі предмети.

Якщо хоча б щось стає їй зрозумілим – вона за це чіпляється: звідси з'являються ці симптоми повторення одних і тих же рухів (стереотипні рухи пальцями рук, трясіння і обертання кистями рук, кривляння, підстрибування, ходьба і біг навшпиньках).

Хворі аутизмом діти, а потім і дорослі, дуже вразливі й керуються у своїх рідкісних контактах з навколишнім світом цілою системою страхів. Ці страхи згодом переростають у заборони і самообмеження. Тобто людина може боятися ввімкненого телевізора або променя світла на підлозі. Тому ті ж одноманітні рухи, характерні для хворих, є аутистимуляцією, що компенсує нервову напругу.

Дитина може бути прив'язана до когось із близьких, але не емоційно, а «практично» (симбіоз), особливо це проявляється, коли малюк довго не говорить, а мама виконує всі його мовчазні вимоги. При цьому надовго затримується розвиток навичок самообслуговування.

Шляхи допомоги та вирішення проблеми РДА

Сьогодні аутизм можна вважати однією із «зон ризику» для людства: суттєво зростає кількість хворих. Нездатність до контактів і спілкування дуже ускладнює навчання, а значить, і отримання професії у майбутньому. Втім, аутисти не зовсім не піддаються навчанню: якщо розумова відсталість зазвичай характеризується рівномірним, але тільки дуже низьким рівнем розвитку особистості, то при аутизмі якісь здібності проявляються на виключно високому рівні, а інші, навпаки, залишаються на дуже низькому. Тільки 25% досягають показників нижньої межі інтелектуальної норми, хоча деякі з аутичних дітей мають дуже високий інтелектуальний потенціал, а іноді й проявляють обдарованість у якійсь області. Але ніхто не може пояснити, чому одні аутисти запросто вирішують складні математичні завдання, в найдрібніших подробицях копіюють Рембрандта і можуть з першого разу по пам'яті відтворити фугу Баха (10 % хворих! Зверніть увагу: серед здорових людей – тільки 1% з видатними здібностями), а інші (50 % дорослих аутистів) залишаються на рівні розумової відсталості. Зазвичай аутистів цікавить три області: математика, живопис і музика. Математичні здібності зустрічаються в аутистів найбільш часто і проявляються у досить ранньому віці.

Деякі особливості аутисти зберігають усе життя: педантично розставляють речі у своєму будинку, побоюючись змін. Вони точно знають, де що лежить, і сердяться, якщо хтось порушить сформований порядок.

Саме пристрасть до впорядкування ріднить аутистів з комп'ютером. У бездушній машині, спілкуючись за допомогою знаків, багато хворих бачать єдину близьку істоту. У аутистів часто проявляються здібності до програмування. Аутисту абсолютно нескладно за два дні вивчити нову комп'ютерну мову, просто переглядаючи вихідні коди. Професійні програмісти не дадуть збрехати: завдання для звичайної людини практично непосильне. Саме тому аутистів останнім часом стали широко використовувати в комп'ютерних фірмах. Наприклад, у Білла Гейтса, за різними даними, від 5 до 20 % персоналу – аутисти.

Щорічно на Заході проводяться всесвітні конференції з аутизму, бути присутніми на яких можуть не тільки лікарі, а й учителі, вихователі дитсадків, вожаті літніх таборів.

Вважається, що чим більше часу аутист буде проводити в нормальних, неспеціалізованих дитячих установах, тим більше шансів у нього адаптуватися у звичайному світі.

70 % хворих не мають друзів, а 95 % ніколи не одружувалися і не виходили заміж. Влаштуватися на роботу можуть тільки 20–30 % «людей дощу».

Звичайно, РДА – дуже складна і різнопланова хвороба. Тому обмежимося загальними рекомендаціями. У кожному конкретному випадку повинен допомагати фахівець, і не один (психіатр, психолог, лікар, батьки, вихователі). Головне – це терпіння, людяність,

надія на краще, віра в успіх, адже ми не можемо «позбавити» дітей від їхніх особливостей, тому повинні навчити їх жити такими, якими вони є. Навчити бути щасливими.

Для цього аутист повинен уявляти собі майбутнє життя «практично», тобто розпланованим, потрібно також навчити його самовираженню і спілкуванню з іншими, бути здатним себе обслуговувати і проводити вільний час.

Принципи корекції

Корекція дитячого аутизму повинна починатися якомога раніше. До трьох років цей діагноз не ставлять, але якщо є якісь підозри, доцільно віднести дитину до групи ризику і починати діагностичні заняття тривалістю не менше одного-двох місяців. Навіть якщо діагноз не підтвердиться, вони нічого, крім користі, не принесуть.

Основні правила корекційної роботи:

1. Корекція дитячого аутизму повинна бути комплексною, і провідне місце тут відводиться психолого-педагогічній роботі. Медикаментозне лікування у багатьох випадках є доцільним і навіть необхідним, але до призначення різних препаратів (особливо стимулюючого характеру) потрібно підходити дуже обережно. Батькам не можна втручатися в лікування ні за яких обставин: самостійне призначення або скасування будь-яких препаратів є неприпустимими.

2. Аутичним дітям важко пристосовуватися до постійно мінливих умов. Тому організаційні особливості в закладі, який відвідує така дитина, і будинки повинні бути однаковими або принаймні близькими. В ідеалі весь уклад життя в сім'ї з хворим малюком повинен відповідати завданням корекційної роботи: це включає єдність принципів ставлення до дитини з боку всіх членів сім'ї, послідовність і сталість у їх застосуванні.

3. Корекційна робота залишається необхідною протягом багатьох років, але особливо інтенсивною вона повинна бути на початкових етапах, у дошкільному і молодшому шкільному віці, причому саме в цей період основне навантаження лягає на плечі не фахівців, а батьків.

4. Робота з малюком повинна проходити в достатньому обсязі. Коли умовно кажуть, що корекція дитячого аутизму повинна тривати 25 годин на добу, мають на увазі не кількість навчальних годин, але «корекцію всім життям». Це насамперед стосується структурування простору (чіткий зв'язок певних видів діяльності з відповідними ділянками навчальних приміщень) і часу (через систему відповідних за обсягом і формою розкладів).

5. Корекційна робота, особливо на початкових етапах, будується на основі індивідуально розробленої програми, тому формальне перенесення чужого досвіду є неприпустимим, його потрібно використовувати з обережністю і творчо.

ДОДАТОК 3

Загальні характеристики, причини та наслідки інвалідизації у світі та Україні

За даними ЮНЕСКО, на земній кулі в 1977 р. було 450 млн інвалідів, у 1989 р. – 514 млн, а в наші дні цифра наблизилась до 680 млн. Серед них понад 100 млн становлять діти.

За оцінками ООН, кожна десята людина на планеті має інвалідність.

Первинна інвалідність дорослого населення (після 16 років) спричинена:

- 50 % – хвороби системи кровообігу,
- 10 % – злоякісні новоутворення,
- 5 % – хвороби нервової системи,
- 5 % – травми,
- 5 % – психічні хвороби,
- 5 % – хвороби органів дихання,
- 5 % – хвороби кістково-м'язової системи.

На сьогодні в динаміці стану здоров'я дитячого населення відмічається багато несприятливих тенденцій, а саме: підвищення частоти вроджених і спадкових захворювань; висока питома вага дітей, що народилися з травмами і патологією центральної нервової системи; прогресуючий ріст хронічних форм патології і хвороб алергічного генезу, збільшення частоти ускладнень вірусних і паразитарних захворювань, у тому числі контрольованих інфекцій – дифтерії, поліомієліту, туберкульозу та інших; і, як результат вищевказаних явищ – підвищення загального числа дітей-інвалідів.

Основні показники дитячої інвалідності (0-17р.) в Україні:

Дитяча інвалідність зросла на 78–100 % (з 95,7 в 1992р. до 170,4 у 2004 р. на 10 тис. дитячого населення), у 2009 р. – 202,0 на 10 тис. дитячого населення, в 2010 р. – 204,3 на 10 тис. дитячого населення.

Показник первинної інвалідності на 10 тис. дитячого населення – 22,2.

Щорічно 16 тис. дітей отримують статус дитини-інваліда, 20 % із них – з причин хвороб нервової системи (ХНС), передусім ДЦП.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2010 році кількість дітей-інвалідів становила 165,1 тисячі осіб або 2 % всього дитячого населення.

Фактори росту дитячої інвалідності:

- нові критерії європейських стандартів виходжування новонароджених з масою 500 г. Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що збільшить ризик інвалідності;
- підвищення частоти вроджених і спадкових захворювань;
- зростання питомої ваги дітей, народжених із травмами і патологією центральної нервової системи;
- прогресує зростання хронічних форм патології і хвороб алергічного походження;
- спостерігається збільшення частоти ускладнень інфекційних захворювань (дифтерії, поліомієліту, туберкульозу, тощо).

Структура дитячої інвалідності

За даними Міністерства охорони здоров'я України, причинна структура первинної інвалідності у дітей останніми роками залишається незмінною:

на I місці – вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення – 30 %; (2002 рік – 22,7 %);

на II місці – хвороби нервової системи – 14,2 % (2002 – 16,7 %);

на III місці – розлади психіки й поведінки – 13,0 % (2002 – 15,4 %).

У віковій структурі дітей-інвалідів у 2010 році основну групу становлять діти шкільного віку 7–14 років – 47,9 %, на другому місці 15–17 років – 27 %, на третьому – 3–6 років – 18 %.

Основні захворювання, які призводять до інвалідності, такі:

42,3 % – хвороби нервової системи та органів чуття. Найчастіше – дитячий церебральний параліч – 38,8 %. Якщо порівнювати з 1993 роком, інвалідність дітей від хвороб нервової системи в Україні зросла на 27,4 %.

19–20 % – психічні розлади, у тому числі розумова відсталість різних ступенів – 84,1 %.

14–15 % – вроджені аномалії розвитку, деформації та хромосомні порушення.

6 % – хвороби органів дихання.

4,2 % – порушення травлення, обміну речовин, на цукровий діабет припадає 61,8 %.

3,8% – кістково-м'язові хвороби.

У структурі причин дитячої інвалідності переважають порушення функції ЦНС (неврологічні хвороби, вроджені вади розвитку нервової системи), психічні порушення (затримки психічного розвитку різного ступеня, розумова відсталість, розлади спектра аутизму, кількість якого різко зросла – з 5 дітей до 50 на 10 тис. дитячого населення, гіперактивність з дефіцитом уваги), діти зі сліпотою та глухотою, які вторинно (деприваційно) можуть мати психічні порушення; нервово-м'язові порушення, порушення скелета, дизморфогенетичні риси. Істотну роль відіграють порушення слуху, зору, а також функціональні порушення органів при хронічних соматичних хворобах.

50% – патологія природжена або спадкова; надзвичайно актуальна проблема – медична генетика.

Спектр генетично обумовленої патології включає до 3,5 тисяч нозологій, які в переважній більшості є несумісними з повноцінною життєдіяльністю людини і призводять до тяжкої інвалідності або загибелі.

60 % – пов'язана з перинатальним періодом.

Яка тактика допомоги дитині з особливими потребами?

Загалом традиційно в Україні підхід до допомоги людям з особливими потребами використовує медичну модель, натомість система допомоги у світі використовує біопсихосоціальну модель, при якій особа розглядається не лише як об'єкт для медичних маніпуляцій, а як цілісна персона, яка має потреби тіла, духу та соціальної взаємодії. Це ще більше актуально для дітей, коли, власне, відбувається формування цілісної особистості людини, і акцентування лише на хворобі з ігноруванням інших важливих сфер розвитку може призвести до негармонійного, хворобливого розвитку особистості (і це не пояснить лише впливом хвороби...).

«Медична» модель

- Розглядають інвалідність як хворобу, яку потрібно вилікувати, або як дефект, який треба скорегувати до «норми».
- Якщо особу «вилікувати», її проблема вже не існуватиме.
- Суспільство не вважає своїм обов'язком надати «місце» особі з неповносправністю, оскільки вона поза межами суспільства й чекає, поки її вилікують.

Соціальна модель

- За такої моделі вважають неповносправність нормальним аспектом життя, а не відхиленням, і не визнають того, що неповносправні особи є непоправно «дефективні».
- Труднощі створюються суспільством, яке не передбачає участі усіх у загальній діяльності.

Біопсихосоціальна модель інвалідності і допомоги

- Інвалідність: складний феномен, який є проблемою як на рівні організму людини, так і на соціальному рівні.
- Інвалідність завжди є взаємодією між властивостями людини і властивостями оточення, у якому ця людина проживає, але деякі аспекти інвалідності є лише внутрішніми для людини, інші ж, навпаки, зовнішніми.

Отже, і медична, і соціальна концепції підходять для вирішення проблем, пов'язаних з інвалідністю.

У Законі України «Про державну соціальну допомогу дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства» встановлюються права і гарантії дітей і батьків на отримання пенсій і соціальних допомог.

Залежно від характеру захворювання визначаються соціально-медичні класифікації дітей-інвалідів. Соціальний аспект класифікації дітей-інвалідів знаходиться у правовій парадигмі, має юридичне підґрунтя і розглядається з погляду визначення категорій дітей із функціональними змінами і патологічними станами, які дають право на встановлення інвалідності на різні терміни (на 2 роки, на 5 років, до 16-річного віку) залежно від діагнозу.

В основі цієї класифікації – перелік медичних показань, що дають право на отримання соціальної пенсії дітям-інвалідам віком до 16 років, що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України № 175 від 1992 р. Так, до переліку медичних показань, які дають право на отримання соціальної пенсії на термін до досягнення 16-річного віку, входять такі патологічні стани, як: стійко виражені паралічі або глибокі парези однієї і більше кінцівок, стійкі генералізовані гіперкінези, виражені порушення координації; олігофренія або недоумство різного генезу, що відповідає ступеню ідіотії або імбіцильності; відсутність або сліпота одного ока; патологічні стани, які виникають при відсутності або вираженій недорозвиненості життєво важливих органів, що призводить до стійкого порушення функцій; виражені стійкі необоротні порушення опорно-рухового апарату; недостатність функцій залоз внутрішньої секреції; глухота та ін. (всього 23 назви).

Показанням для визначення інвалідності у дітей є патологічні стани, які виникають вроджених спадкових, здобутих захворюваннях та після травм. Питання про встановлення інвалідності розглядається після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів. Рішення про визнання дитини (підлітка) інвалідом в Україні приймають республіканська, обласні, міські, спеціальні дитячі лікарні та відділення (ортопедо-хірургічне, відновного лікування, неврологічне, психіатричне, туберкульозне, пульманологічне, отоларингологічне, офтальмологічне, урологічне, нефрологічне та ін.). Своє рішення спеціалісти фіксують у карті стаціонарного хворого, консультативному висновку або витягу з історії хвороби. Консультативний висновок (витяг) видається на руки батькам (опікуну) дитини (підлітка)-інваліда для лікарсько-контрольної комісії лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання дитини. Медичний висновок оформлюється ЛКК дитячих лікувально-профілактичних закладів.

Категорія дитячої інвалідності зумовлює специфіку медичного патронажу: загальномедична допомога, догляд медичної сестри вдома, лікування у лікарні. Програми медичного страхування у багатьох країнах світу передбачають оплату ліків і різні медичні послуги. Програми соціально-медичної реабілітації забезпечують вибір та використання різнобічних допоміжних засобів:

- протезів (пристроїв, які повністю чи частково замінюють відсутні частини тіла і відновлюють, наскільки це можливо, порушену функцію);
- ортопедичних засобів (терапевтичних пристроїв, які не тільки пасивно підтримують певні суглоби, але також полегшують, поліпшують і контролюють функціональну роботу порушених органів);
- технічних засобів (пристроїв, які компенсують функції, що з різних причин більше не діють або діють ненормально внаслідок фізичних чи сенсорних порушень: спеціальних виделок, ложок, тарілок, чашок, туалетів, сходинок, пандусів та ін.; спеціальних апаратів для дітей із частковою втратою зору і слуху).

Допоміжні засоби і пристрої полегшують життя дитини, допомагають їй інтеграції у середовище своїх однолітків.

ДОДАТОК 4

Алгоритм дій батьків при наявності у дитини функціональних обмежень

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють питання, є:

- Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» від 16 листопада 2000 року № 2109-III (останні зміни від 16 квітня 2009 року № 276-VI) <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/m...80msh8Ie6>;
- Порядок надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства фінансів України від 30 квітня 2002 р. № 226/293/169 (останні зміни від 19 червня 2006 року № 229/569/402) <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/m...917774226>;
- Порядок видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 4 грудня 2001 р. № 482 (останні зміни від 11 липня 2005 року № 342) <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/m...=z0011-02>;
- Перелік медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 № 454/471/516 <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/m...=z1073-01>;
- Порядок обліку, зберігання, оформлення та видачі посвідчень особам, які одержують державну соціальну допомогу, відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 16 листопада 2007 р. № 612 <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/m...=z1349-07>.

Алгоритм:

1. Уважно ознайомитися з Переліком медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років, який затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 № 454/471/516 (витяг із цього переліку наведено нижче). Самостійно визначити код діагнозу Вашої дитини.

2. Відповідно до пунктів 3-6 Порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років, отримати у дільничного лікаря виписку з медичної карти стаціонарного хворого (ф. 027/о) або консультативний висновок спеціаліста (ф. 028/о). Тільки ці два документи (один з них) дають право на розгляд питання про інвалідність дитини на ЛКК. Перевірити, щоб ці документи обов'язково містили:

– підписи дільничного лікаря, завідувача відділення (поліклініки), заступника головного лікаря з медичної частини, засвідчені печаткою лікувально-профілактичного закладу;

– зазначений згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) діагноз та код відповідно до Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років.

Також слід прослідкувати, щоб у первинній медичній документації (медичній карті стаціонарного хворого (ф. 003/о) або історії розвитку дитини (ф. 112/о)) також були зазначені згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) діагноз та код за підписами дільничного лікаря, завідувача відділення (поліклініки) і заступника головного лікаря з медичної частини.

3. Звернутись до дитячого лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини з отриманою раніше випискою з медичної карти стаціонарного хворого (ф. 027/о) або

консультативним висновком спеціаліста (ф. 028/о). Керівництво вашого районного лікувального закладу повинно винести на розгляд питання про оформлення медичного висновку на лікарсько-консультативну комісію, яка за наявності одного з документів за формою 027 або 028 та після особистого огляду дитини повинна винести рішення про оформлення медичного висновку на термін відповідно до переліку показань (коду вашого діагнозу). Письмове обґрунтування визнання дитини інвалідом віком до 18 років фіксується в історії розвитку дитини (ф. 112/о) за підписами голови та членів лікарсько-консультативної комісії. Діагноз, згідно з яким дитину визнано інвалідом, виноситься на листок для запису остаточних (уточнених) діагнозів історії розвитку дитини (ф. 112/о).

Дані про оформлення та видачу медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років заносяться до журналу запису висновків лікарсько-консультативної комісії (ф. 035/о). Особа, відповідальна за ведення журналу записів висновків лікарсько-консультативної комісії, призначається наказом по дитячому лікувально-профілактичному закладу.

Усі ці записи батькам слід перевіряти! При цьому слід мати на увазі, що відповідно до законодавства відповідальність за стан усієї роботи щодо видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років покладається особисто на керівника дитячого лікувально-профілактичного закладу.

Батьки мають право бути присутніми на засіданні ЛКК, хоча б для особистого огляду дитини членами комісії. Однак батькам самотійно слід контролювати всі процеси та дізнаватись про дату засідання комісії, якщо вона справді засідає. Якщо фактично комісія не засідає, не пускайте справу на самоплив, спілкуйтесь з керівництвом і домагайтесь потрібного вам висновку.

4. Медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років оформляється за підписами головного лікаря дитячого лікувально-профілактичного закладу, його заступника з медичної частини та дільничного лікаря, завіряється круглою печаткою і в 3-денний строк направляється в орган праці та соціального захисту населення за місцем проживання батьків, усиновителів, опікуна, піклувальника дитини-інваліда віком до 18 років.

Термін дії медичного висновку встановлюється згідно зі строками, передбаченими наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 № 454/471/516, та зазначається в медичному висновку про дитину-інваліда віком до 18 років.

5. Якщо у видачі висновку відмовлено, батьки, усиновителі, опікуни, піклувальники дитини-інваліда віком до 18 років можуть оскаржити факт відмови в органах охорони здоров'я протягом 1 місяця або в судовому порядку. При цьому не варто нехтувати процедурою оскарження в Київраду та МОЗ України. Часто це буває ефективно та набагато швидше, ніж суд. Крім того, наявність відповідей управління охорони здоров'я Київради та МОЗ на вашу скаргу є додатковими підставами для суду й дозволяють передбачити та підготуватися до позиції в суді.

6. Не пізніше за 10 днів після надходження медичного висновку від ЛКК районної лікарні орган праці та соціального захисту населення зобов'язаний направити письмове повідомлення інваліду з дитинства, батькам, усиновителям, опікуну, піклувальнику дитини-інваліда про право на державну соціальну допомогу, умови, розмір і порядок її призначення. Ваша справа отримати таке повідомлення та з'явитись до вашого районного органу соцзахисту. Якщо повідомлення ви не отримали, очікуйте два тижні після ЛКК та самотійно з'являйтесь до органу соцзахисту і з'ясовуйте, у чому там справа.

7. Для призначення державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам, до місцевих управлінь праці та соцзахисту подаються такі документи (однак конкретні вимоги до документів необхідно уточнити в місцевому управлінні, тобто варто проконсультуватись перед поданням документів і взяти необхідні бланки):

- заява про призначення усіх видів соціальної допомоги за формою, що затверджується наказом Мінпраці;

- паспорт або в разі його відсутності інший документ, що може засвідчувати особу, яка подає заяву;
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номера Єдиного державного реєстру фізичних осіб;
- оригінал та копія свідоцтва про народження дитини-інваліда;
- довідка про місце проживання інваліда з дитинства або дитини-інваліда чи копія паспорта інваліда з дитинства або дитини-інваліда з відомостями про постійне місце проживання;
- довідка про місце проживання батьків, усиновителів, опікуна, піклувальника, який подав заяву, чи копія паспорта з відомостями про постійне місце проживання. Якщо один з батьків, усиновителів постійно проживає за іншою адресою, ніж дитина-інвалід, то разом із заявою він подає довідку органу праці та соціального захисту населення про те, що другий з батьків, усиновителів не отримує державну соціальну допомогу на дитину-інваліда за місцем свого постійного проживання. Таку довідку беріть наперед, бо це може зайняти багато часу, особливо якщо адреса реєстрації не в м. Києві. Відбулось ЛКК – вперед за довідкою.

Також при зверненні до органу соцзахисту слід відкрити рахунок у банку для отримання допомоги (варто запитати у вашого інспектора який банк краще обрати). Орган праці та соціального захисту населення перевіряє правильність оформлення заяви, відповідність викладених у ній відомостей про заявника паспорта та інших документів, здійснює попередню правову оцінку змісту і належного оформлення представлених документів, перевіряє правильність зняття копій відповідних документів і, за необхідності, фіксує і засвідчує виявлені розходження. Документи, копії яких подаються, та заява повинні бути підписані посадовими особами органу праці та соціального захисту населення і засвідчені печаткою цієї установи.

Перевіряйте, щоб інспектор засвідчив копії ваших документів.

Орган праці та соціального захисту населення, який прийняв заяву про призначення державної соціальної допомоги, видає заявнику (уповноваженій особі) розписку про прийняття заяви та доданих до неї документів із зазначенням дати прийняття заяви.

8. Державна соціальна допомога призначається з дня звернення за її призначенням.

Днем звернення за призначенням державної соціальної допомоги вважається день приймання органом праці та соціального захисту населення заяви з усіма необхідними документами.

Якщо заява про призначення державної соціальної допомоги надсилається поштою і при цьому подаються також всі необхідні документи, то днем звернення за державною соціальною допомогою вважається дата, зазначена на поштовому штемпелі місця відправлення заяви.

У тих випадках, коли до заяви про призначення державної соціальної допомоги подані не всі необхідні документи, заявнику повідомляється, які документи повинні бути подані додатково. Якщо вони будуть подані не пізніше 3-х місяців з дня відправлення повідомлення про необхідність подання додаткових документів, то днем звернення за призначенням державної соціальної допомоги вважається день прийняття або відправлення заяви про призначення такої допомоги. Заява про призначення державної соціальної допомоги розглядається органами праці та соціального захисту населення не пізніше 10 днів після надходження заяви з усіма необхідними документами.

9. На дітей-інвалідів державна соціальна допомога призначається на строк, зазначений у медичному висновку, який видається в порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України, але не більш як по місяць досягнення дитиною-інвалідом 18-річного віку включно. За два місяці до закінчення строку, зазначеного у вашому медичному висновку слід з'явитись на ЛКК для повторного розгляду. Не за один місяць, а за два!

10. Посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», є документом, що підтверджує призначення інваліду з дитинства та дитині-інваліду державної соціальної допомоги відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам». Посвідчення видаються управліннями праці та соціального захисту і є результатом розгляду вашої заяви.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 2.2

ДОДАТОК 1

Анкета для батьків

з приводу порушень і функціональних обмежень у дитини

Дата заповнення	
Прізвисьце, ім'я, по батькові	
Дата народження	
Діагноз	

А. СЕНСОРНІ, РУХОВІ, ЗАГАЛЬНІ РОЗЛАДИ

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Зір			
2.	Слух			
3.	Рух			
4.	Чутливість			
5.	Судоми			
6.	Чи має ваша дитина інші загальні проблеми?			

Б. ПОВЕДІНКА

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Чи дитина весела? Чи вона переважно має «добрі» або «погані» дні?			
2.	Як вона поводить себе коли			
	сердиться?			
	соромиться?			
3.	Чи вона легко лякається при голосному/раптовому шумі?			
4.	Чи вона затримує дихання/блює, коли схвильована?			
5.	Чи вона			
	спокійна?			
	чи дуже активна?			
	сором'язлива?			
6.	Коли дитина неслухняна і ви цим не задоволені, чи вона розуміє це?			
6.	Чи ви однаково суворі з нею, як із іншими дітьми (чи ви думаєте вам слід бути суворішими?)			
8.	Чи вона заздрить іншим, коли не є центром уваги?			
9.	Які ви маєте додаткові труднощі з вашою дитиною поза домом, напр., на вулиці, у магазині, у кафе?			
10.	Чи вона розуміє, що таке небезпека?			
11.	Чи має вона якісь страхи?			

В. ЇЖА ТА ПИТТЯ

№	Питання		Так	Ні	Якщо є, опишіть
Положення					
1.	У якому положенні ваша дитина їсть та п'є?	стоячи			
		сидячи			
		лежачи			
		у Вас на колінах			
		на спеціальному кріслі			
		інше			
2.	Чи вона їсть та п'є в інших положеннях деінде?	у садочку			
		школі			
3.	Чи однакові положення для прийому їжі та пиття?				
4.	Як ваша дитина справляється з прийомом їжі?	рідкою їжею, напр., йогуртом			
		їжею, яку легко пережувати напр., картопляне пюре			
		їжею, яку важко пережувати, напр., м'ясо			
		їжею, яка вимагає кусання та жування, напр., яблуко			
		їжею різної консистенції, напр., м'ясо з підливою			
5.	Яку їжу дитині	особливо легко споживати			
		особливо важко споживати			
6.	Чи є у Вашої дитини улюблена їжа?				
7.	Чи є у вашої дитини їжа, яку вона не любить?				
8.	Яку температуру їжі дитина найбільше	любить?			
		не любить?			
9.	Який смак їжі дитині	подобається?			
		не подобається?			
10.	Яка консистенція їжі дитині	подобається?			
		не подобається?			
Посуд					
11.	Якою ложкою Ви користуєтесь?				
Пиття					
12.	Що використовує Ваша дитина при питті рідких рідин, напр., води, молока, соку?	пляшку			
		чашку			
		ложку			
13.	Що використовує Ваша дитина при питті густих рідин, напр., йогурту?	чашку			
		ложку			

14.	Чи є труднощі під час годування або пиття? Якщо є, то які:	безперервне смоктання			
		виштовхування язика			
		кусальний рефлекс			
		неспроможність закрити рот			
		неспроможність відкусити шматок їжі			
		жування			
		блювотний рефлекс			
		попирхування			
		дихання: важке/шумне блювання			
		довготривалість прийому їжі			
	Опишіть специфічні прийоми допомоги, які ви надаєте щелепі, губам та язику для ефективнішого жування й ковтання. Чи у вашої дитини чутлива ділянка навколо рота?				
15.	Чи ваша дитина може самостійно їсти хліб?				
16.	Чи ваша дитина може самостійно їсти хліб?				
17.	Коли ви даєте пити дитині, чи намагається вона супроводжувати вашу руку своєю рукою?				
18.	Чи вона підносить їжу до рота?				
19.	Чи вона опускає голову вниз до їжі?				
20.	Чи вона підносить їжу прицільно до рота, чи вбік?				
21.	Чи існує проблема набирання їжі з тарілки?				
22.	Яким чином вона бере їжу з ложки/виделки?	губами			
		зубами			
23.	Чи їжа кришиться у руках дитини? Якщо так, то яка?				
24.	Самостійний прийом їжі				
25.	Чи вона може самостійно їсти ложкою? Якщо так, то якою рукою?				
26.	Чи вона може самостійно їсти виделкою? Якщо так, то якою рукою?				
27.	Чи вона може використовувати 2 прибори одночасно?				
28.	Чи вона використовує ніж? Якщо так, то якою рукою?				
29.	Чи вона може розрізати ножем їжу?				

Г. ПЕРЕМІЩЕННЯ

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Як важко вам носити дитину?			
2.	Чи ви маєте труднощі піднімати дитину?			

Д. ПЕРЕСУВАННЯ

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Чи ваша дитина робить спроби переміщення, коли вона знаходиться на підлозі: переміщується, відштовхуючись у положенні?			
2.	Чи Ваша дитина робить спроби переміщення, коли вона знаходиться на підлозі: перевертається (у яку сторону), повзе, чи переміщується у положенні сидячи?			
3.	Чи вона піднімається самостійно з підлоги?			
4.	Чи вона самостійно сідає/встає на крісло/з крісла?			
5.	Чи вона переміщується тримаючись за меблі?			
6.	Чи вона стоїть самостійно?			
7.	Чи вона ходить з допомогою?			
8.	Чи вона ходить самостійно?			
9.	Чи вона має ходунці, велосипед або інші допоміжні засоби пересування?			
10.	Чи вона піднімається/опускається сходами? Як саме?			
11.	Чи вона ходить самостійно по вулиці?			
12.	Чи вона самостійно долає бордюри?			
13.	Чи вона самостійно заходить/виходить в автобус/з автобуса?			
14.	Чи вона самостійно сідає/висідає в машину/з машини?			
15.	Якщо ні, то яким чином ви допомагаєте дитині?			
16.	Якщо ні, то за яку руку ви тримаєте дитину?			
17.	Чи дитина втомлюється швидко під час ходьби?			
18.	Чи вона часто падає або вдаряється об різні об'єкти чи людей?			

Е. ВІЗОК

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Який візок ви маєте?			
2.	Чи ви ним задоволені?			
3.	Якщо ні, то чому?			

Є. КРІСЛО-СИДІННЯ

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Опишіть труднощі, які дитина має під час сидіння на підлозі або у вас на колінах			
2.	Які є труднощі під час сидіння на кріслі?			
3.	Чи дитина падає на одну сторону? Яку саме?			
4.	Чи вона з'їжджає до переду?			
5.	Чи вона відштовхується назад?			
6.	Чи вона ставить ноги на опору?			
7.	На якому кріслі сидить дитина?			
8.	Чи є необхідність у певних пристосуваннях?			

Ж. ОДЯГАННЯ

№	Питання		Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	У якому положенні ви одягаєте дитину?	У себе на колінах			
		У положенні на животі			
		У положенні на боці			
2.	Чи використовуєте ви різні положення для різного одягу?				
3.	Чи маєте ви особливі труднощі з одяганням певного одягу або підгузників?	одягання			
		знімання			
4.	Чи дитина допомагає вам?	піднімає руку			
		опускає голову			
		піднімає ногу			
		інше			
5.	Чи дитина вміє знімати одяг?				
6.	Який одяг вона вміє одягати?				
7.	Який одяг вона не вміє одягати/знімати і що цьому перешкоджає?				
8.	Яку допомогу ви надаєте дитині при роздяганні? Опишіть, як ви це робите.				
9.	Яку допомогу ви надаєте дитині при одяганні? Опишіть, як ви це робите.				
10.	Чи дитина сидить на підлозі, стільці, чи стоїть під час одягання?				
11.	Чи вона використовує різні положення відповідно до одягу, який вона одягає або знімає?				
12.	Чи вона застіпає/розстіпає гудзики?				
13.	Чи вона зашнуровує взуття?				
14.	Чи вона знає сторони одягу	виворітну/лицьову сторону?			
		верх/низ?			
		праву/ліву сторону?			

З. ТУАЛЕТ

№	Питання	Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Чи дитина суха вночі?			
2.	Чи дитина суха вдень?			
3.	Чи використовуєте підгузники вдень/вночі?			
4.	Чи дитина попереджує про потребу скористатись туалетом? Як вона це робить?			
5.	Чи вона безпечно сидить на горщику/унітазі?			
6.	Чи вона має спеціальне «крісло-сидіння»?			
7.	Чи має закрепи?			
8.	Чи приймає проносні препарати?			

9.	Чи вона може самостійно скористатись туалетом?			
10.	Якщо ні, то наскільки ви дитині допомагаєте?			
11.	Чи дитина може самостійно помитись, спустити воду та інше?			
12.	Чи маєте ви додаткові пристосування у туалеті? Якщо так, то які?			

К. КУПАННЯ/ОСОБИСТА ГІГІЄНА

№	Питання		Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Чи купаєтеви дитину в звичайній ванні, чи приймаєте ванну разом?				
2.	Чи маєте труднощі з балансом дитини у ванні? Опишіть				
3.	Чи потребуєте якихось допоміжних пристосувань у ванні, напр., спеціальне крісло та інше?				
4.	Чи дитина допомагає вам?				
5.	Чи дитина лежить, сидить, чи стоїть на колінах?				
6.	Чи вона може зайти/вийти у ванну/з ванни?				
7.	Чи може помити та повитирати руки/лице?				
8.	Якщо так, то в якому положенні(сидячи/стоячи біля раковини)?				
9.	Чи вміє відкручувати/закручувати кран?				
10.	Чищення зубів	Чи ви чистите дитині зуби, чи вона це робить самостійно?			
		Чи вона ковтає пасту?			
		Чи дитина може витиснути пасту з тюбика?			
		Чи вона вміє полоскати рот?			
11.	Чи може розчесати волосся?				
12.	Чи маєте ви труднощі під час миття волосся? Якщо так, то опишіть				

Л. СОН

№	Питання		Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Чи дитині важко заснути	ввечері?			
		вдень?			
2.	Чи дитина має улюблене положення, у якому вона засинає? Яке?				
3.	Чи вона міняє положення під час сну?				
4.	Чи спить в одному положенні?				
5.	Чи вам потрібно перевертати дитину?				
6.	Чи дитина плаче, коли прокинеться? Як часто?				

7.	Чи дитина хоче спати у вашому ліжку вночі?			
8.	Якщо так, чи ви їй це дозволяєте?			
9.	Чи дитина спить із закинutoю назад головою, відкритим ротом?			
10.	Чи дитина може самотійно вкритись/ розкритись?			
11.	Чи вона встає/лягає самотійно?			
12.	Опишіть, які пристосування ви маєте у ліжку дитини?			

М. ГРА

№	Питання				
1.	У яких положеннях дитині найлегше гратись?	лежачи на животі			
		на боці			
		сидячи на підлозі			
		сидячи на колінах			
		стоячи			
		сидячи в кріслі чи використовуючи спеціальне обладнання			
2.	Чи дитина грається завжди в одному положенні, чи міняє положення?				
3.	Чи дитина дивиться на іграшки, які розташовані перед нею?				
4.	Де ви розміщуєте іграшки?				
5.	Які іграшки подобаються дитині?				
6.	Чи дитина вільно дістає іграшки?				
7.	Чи дитина використовує під час гри одну руку/ обидві руки?				
8.	Чи дитина тягне іграшки до рота?				
9.	Як довго дитина грається однією іграшкою?				
10.	Чи ваша дитина грається самотійно?				
11.	Чи має ваша дитина можливість гратися з іншими дітьми?				
12.	Чи надає вона перевагу оточенню дорослих?				
13.	Чи видає дитина звуки під час гри?				
14.	Чи вашій дитині потрібні словесні підказки/вказівки під час гри?				
15.	Чи грається дитина у рольові ігри?				
16.	Чи дитину цікавлять картинки у книжках?				
17.	Чи дитина може описати картинку?				
18.	Чи дитина любить музику?				
19.	Чи ваша дитина малює?				
20.	Чи дитина має домашню тваринку і чи грається з нею?				

Н. СПІЛКУВАННЯ

№	Питання		Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Що дитина використовує у спілкуванні?	вираз обличчя			
		вказівки руками			
		вказівки очима			
		жести			
		картинки			
		символи			
		звуки			
		мову			
2.	Скільки символів дитина використовує у спілкуванні?	до 10			
		10–20			
		20–30			
		100+			
3.	Чи ваша дитина хоче спілкуватись?	постійно			
		час від часу			
		рідко			
		ніколи			
4.	Наскільки спілкування дитини є зрозумілим для незнайомої людини?	незрозуміле взагалі			
		дещо зрозуміле			
		більшість зрозуміле			
		в більшості зрозуміле			
5.	Як ваша дитина дає зрозуміти так/ні?				
6.	Чи спілкується ваша дитина з незнайомими людьми?				
7.	Чи спілкується ваша дитина з однолітками	за допомогою жестів?			
		за допомогою слів?			
8.	Чи може ваша дитина висловити свої почуття	за допомогою жестів?			
		за допомогою слів?			

О. РОЗУМІННЯ

№	Питання		Так	Ні	Якщо є, опишіть
1.	Чи відповідає розуміння дитини хронологічному віку?				
2.	Чи є невідповідність між рівнем розуміння дитини та її спроможністю висловитись?				
3.	Чи вона розуміє, коли	вказує на названий предмет?			
		виконує прості вказівки напр., поплескати в долоні?			
		виконує вказівки, які складаються із двох команд?			
		виконує більш складні вказівки?			
		виконати вказівку після підказки?			

4.	Чи правильно ваша дитина виконує	прості інструкції?			
		складні інструкції?			
		самостійні завдання?			
5.	Чи ваша дитина	слухає розповідь?			
		може переказати розповідь?			
		може скласти розповідь за малюнком?			
6	Чи ваша дитина	знає кольори?			
		розуміє відтінки кольорів?			
7.	Чи може ваша дитина намалювати за завданням	просту геометричну фігуру? Напр., коло, трикутник, квадрат?			
		людину?			
		себе або оточуючих?			
8.	Чи може ваша дитина рахувати	до 10?			
		до 100?			
		більше 100?			
9.	Чи може ваша дитина читати?				
10.	Чи може ваша дитина писати	окремі літери?			
		слова, речення?			
11.	Чи ваша дитина слідкує очима та реагує рухами голови на несподівані звуки, рухи?				
12.	Чи цікавиться ваша дитина предметами у незнайомому приміщенні?				
13.	Чи цікаво вашій дитині навчатися?				
14.	Чи легко ваша дитина засвоює нові знання?				
15.	Чи легко ваша дитина використовує засвоєні нові знання?				
16.	Специфічні проблеми розуміння з вашої точки зору				

ДОДАТОК 2

Шляхи подолання труднощів, пов'язаних зі здоров'ям дитини

Потреби дитини з інвалідністю та можливості батьків з їх вирішення:

- **медичні:** допомога у діагностиці стану дитини, нагляд за лікуванням (за його необхідністю), втілення реабілітаційних заходів;
- **інформаційні** – одержання необхідної інформації за особливостями догляду, годування, медичного нагляду (наприклад, особливостей графіку щеплень), як особливостей виховання та розвитку дитини з особливими потребами;
- **фізичні:** визначення необхідного часу і фізичних зусиль по догляду за дитиною з особливими потребами; (годування, купання, їжа, гуляння, присипляння, бавлення тощо); організація ритму життя, помешкання, індивідуального фізичного комфорту;
- **емоційні:** увага до емоційного стану дитини та його змін і особливостей (наявність страхів, рівня стомлювання, підвищеної злості, почуття провини, депресії, станів афективного збудження – «істерик» дитини, тощо);
- **особистісні:** виявлення і розвиток творчого потенціалу дитини;
- **міжперсональні:** увага до стосунків з батьками, братами/сестрами, бабцями/дідусями, друзями, лікарями, педагогами; вирішення поведінкових проблем;
- **соціальні:** вирішення питань якісної й адекватної освіти (пошук відповідних дитячих та навчальних закладів), допомога у професійному самовизначенні й професійній реалізації, відпочинку, організації дозвілля, тощо;
- **фінансові:** розв'язання питань декретної відпустки, соціальної допомоги, засобів пересування для дитини (за необхідності; наприклад, візок, милиці, тощо), спеціальних меблів (за необхідності), засобів догляду (особливості одягу, наявність достатньої кількості памперсів, тощо), забезпечення дієтичного харчування (за необхідності);
- **юридичні:** допомога у розв'язанні будь-яких питань соціально-правового характеру.

Особливості вирішення питань задоволення потреб дитини з інвалідністю

1. **Обстеження дитини та встановлення діагнозу.** Мета – не навісити тавро на дитину, а спрямувати зусилля у визначене русло.

2. **Пошук сучасної достовірної інформації.** Потрібно стати компетентними освіченими батьками, щоб орієнтуватися, що є правдою, а що – комерційною рекламою. Можна знайти перелік багатьох методик, проте далеко не всі вони є ефективними і безпечними, – а час втручання і кошти батьків є обмеженими...

3. Дуже важливо **інвестувати час і ресурси** в те, що може принести найбільшу користь дитині.

4. Забезпечення висококваліфікованої **медичної опіки за необхідності** (стаціонари, приватні центри, реабілітаційні центри, спеціалізовані інститути, тощо). Пошук партнерської команди фахівців і складення плану допомоги.

5. **Налаштування на довгу дорогу.** Життя (у тому числі й з інвалідністю) – це не стомівка, а марафон тривалістю у життя... Щоб допомогти дитині, треба насамперед допомогти собі (задовольняти свої потреби). Дитині потрібні насамперед щасливі батьки.

6. **Адаптація життя** – сім'ї до присутності дитини з особливими потребами і самої дитини – до життя в сім'ї. Діти (із особливими потребами) ростуть щасливими у дружних сім'ях.

7. **Соціалізація, освіта** – пошук адекватних та ефективних освітніх закладів, вирішення питань дозвілля, тощо.

Основні принципи догляду дітей з інвалідністю

Здорова, доросла дитина забезпечує свої потреби сама, а потреби неповносправної дитини **забезпечують опікуни!** Неповносправна дитина має інші можливості розвитку, але як особистість має повне право на задоволення своїх потреб та бажань.

При догляді за дитиною із функціональними обмеженнями потрібно забезпечити задоволеність:

- фізіологічних потреб (їжа, пиття, можливість руху, відчуття, пересування);
- безпеки;
- стабільності умов життя;
- потреби у соціальному контакті, увазі, дружбі;
- потреби у навчанні і самовдосконаленні;
- потреби у самоповазі, особистісному визнанні.

Догляд неповносправної дитини потребує знання про сигнали щодо її потреб та бажань, які безпосередньо залежать від характеру й рівня її функціональних обмежень. Насамперед потрібно визначити, чи при наявності певних сигналів дитина бажає чогось, чи уникає чогось.

Такими сигналами можуть бути:

- фізіологічні реакції: дихання, спитіння, зміни ритму серця, забарвлення шкіри, розширення зіниць, посиніння уст, тощо;
- немовні сигнали: зміни у міміці, погляді, виразі обличчя, зміна постави тіла, рухів, жестів, а також відстані між людьми;
- голосові сигнали: немовні звуки (сміх, позіхання, писк, крик, мурчання, вокалізація), мова.

При догляді неповносправної дитини потрібно:

- уважно **спостерігати** за сигналами/поведінкою дитини, щоб зрозуміти її причини;
- послідовно **задовольняти** потребу дитини, помічаючи ці сигнали;
- **утверджувати** дитину в думці, що вона подає зрозумілі та успішні сигнали.

Найбільш важливим у догляді є визначення ознак прогресування хвороби, до котрих, насамперед, відносяться суттєві зміни у фізичному стані (скаргах чи ознаках погіршення стану), поведінці дитини, прогресуванні патологічних проявів, тощо. Це є невідкладними сигналами для звернення по медичну допомогу.

Ефективні механізми додання труднощів при вихованні дитини з особливими потребами

1. Усвідомлення, одержання максимальної інформації про обставини розвитку дитини:
 - інформація про форму неповносправності, хворобу дитини, ступінь неповносправності;
 - де перебувала дитина до моменту входження в родину;
 - чи була дитина бажаною;
 - наявність та застосування до цього моменту ефективних способів допомоги, прогноз, яким було представлення інформації батькам;
 - як сприймає неповносправність дитини соціальне оточення дитини, який у неї темперамент, здібності, особистісні характеристики.
2. Особистісні характеристики батьків-вихователів та прийомних батьків:
 - психічне здоров'я;
 - освіта;
 - особливості способу життя;
 - уявлення/ставлення до неповносправних осіб;
 - уявлення/ставлення до способів додання труднощів та ін.;
 - етичні цінності, їхня релігійність.
3. Характеристики родини:
 - склад і структура родини, кількість дітей та їх стосунки між собою та з батьками, якість подружнього зв'язку;
 - психологічна атмосфера в родині;

- характер спілкування в родині, здатність застосовувати доцільні копінг-стратегії, розподіл ролей, стосунки у розширеній родині;
- матеріально-побутові умови.

4. Соціальні чинники:

- підтримка з боку родичів і друзів;
- кількість та якість допомоги по дому;
- можливості для відпочинку, проведення дозвілля;
- наявність необхідних реабілітаційних програм, доступність програм поведінкової терапії;
- наявність дитячих садочків, центрів домашнього перебування;
- доступність спеціального обладнання, якщо таке потрібно, наявність необхідних транспортних засобів;
- наявність друзів і соціальних можливостей власне у неповносправної дитини;
- суспільні/культурні цінності та стереотипи сприйняття неповносправної особи;
- реальна підтримка чи, навпаки, стигматизація родини її соціальним оточенням;
- фінансова допомога родині.

ДОДАТОК 3

Кондуктивна педагогіка*

Вперше методику кондуктивної педагогіки почали застосовувати в Будапешті, її розробив професор Андраш Петьо, тому її інша назва – система Петьо. У 1945 р. А.Петьо заснував у Будапешті Центр для людей з порушеннями моторики, відомий сьогодні як Інститут Петьо. Кондуктивна педагогіка – це ефективна методика навчання дітей з множинними проявами неповносправності, зокрема дітей з дитячим церебральним паралічем. Сьогодні цей метод широко використовується у Великобританії, Бельгії, Ізраїлі, Голландії, Японії, Німеччині, Канаді, Норвегії, Польщі, Україні.

Кондуктивна педагогіка – система інтенсивної реабілітації осіб із порушенням моторики, яка охоплює всі аспекти розвитку: фізичний, комунікативний, мовний, емоційний, освітній, побутовий.

Кондуктор повинен діяти як психолог, педагог, кінезіотерапевт, заняттєвий терапевт, повинен розуміти проблеми дитини як медик. Тобто це – висококваліфікований спеціаліст, котрий шукає шляхи заохочення, мотивації діяльності дитини, щоб виявити її можливості, змінити ставлення до життя і свого місця в ньому. Завдання кондуктивної педагогіки – покращити рухові функції і збільшити незалежність у повсякденному житті.

Традиційні підходи до спеціальної педагогіки, на жаль, в основному передбачають пасивність дитини. Метод кондуктивної педагогіки вимагає активної участі дитини в подоланні своєї неповносправності, правильно поставлена мета дає дитині належну мотивацію до занять, підвищує самооцінку. Інтенсивність цієї методики передбачає безперервну участь дитини в різних видах діяльності, кожен етап розвитку підсилюється і підтримується педагогом, дітей навчають думати і діяти в різних ситуаціях.

Кондуктивна педагогіка розглядає дитину в сукупності з її оточенням, учні працюють у групах, до кожної дитини застосовується індивідуальний підхід, процес навчання і реабілітації є нероздільним. Цей процес приємний, емоційний, у формі гри, тому цікавий для дітей, щоденність і ритмічність допомагає виробленню почуття обов'язку, соціальна взаємодія сприяє розвитку дитячих здібностей, творенню особистості.

Важливе завдання в системі кондуктивної педагогіки – розвиток рухів. Причиною вторинного порушення моторики часто є відсутність досвіду внаслідок відсутності рухів. Позитивне ставлення до виконання рухових вправ і бажання досягти успіху в них посилює стимуляцію головного мозку, що у свою чергу уможливорює контроль мозку над виконанням руху, полегшує завдання формування правильних стереотипів руху. Таким чином, рухове обмеження дитини долається і з біологічного, і з педагогічного боку.

При проведенні рухових вправ використовується спеціально розроблене для цієї методики меблеве обладнання: драбинки, боксики, столи, виготовлені з окремих дерев'яних заокруглених лакованих планок. Виконуючи вправи, дитина вчиться правильному захвату планки, лежачи на столі, вчиться витягати руки, що зменшує спазм згиначів, підтягуватися і просуватися вперед, перевертатися, лежачи на животі і на спині. Дитина навчається сидіти правильно, зберігаючи рівновагу, для цього використовуються драбинки: дитина широко розставленими руками тримається за драбинку, поставлену на віддалі витягнутої руки. Поступово, з використанням драбинки дитина вчиться вставати, з допомогою спеціального крісла зі спинкою-драбинкою вчиться робити перші кроки, можливо, з використанням спеціального взуття.

Усі кроки і вправи виконуються для того, щоб у дитини мета дії і її реалізація сформувались як єдиний чіткий образ, причому ці образи будуються в мозку дитини крок за кроком, де кожен попередній є базою для виконання наступного. Кондуктор впливає і на здатність дитини до співпраці з іншими дітьми, і кожне досягнення в навчанні – це теж лише підготовка до наступної діяльності. Успіх залежить від того, як кондуктор поєднає мотивацію діяльності дитини зі створенням умов, необхідних для подолання труднощів дитини.

За переконанням послідовників професора Петьо, кондуктивна педагогіка – це не система педагогіки, це система життя, інтенсивної взаємодії між кондуктором (матір'ю, близькими людьми) і дитиною, у якій значна роль відведена мотивації для подолання неповносправності.

ПОСИЛАННЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ УСТАНОВИ ТА ЦЕНТРИ*

Центр «Джерело»: Львівська обласна асоціація фахівців фізичної реабілітації
вул. Дністерська, 12, м. Львів, 79035, Україна
тел. (0322) 70-34-58 Ел. пошта: human@link.lviv

«Нова СІМ'Я» – це назва проекту з розвитку національного усиновлення, що розпочав свою діяльність на базі МБФ «Отчий Дім», за підтримки програми «Родина для дитини» в Україні.

<http://novasimya.org.ua/about/>

Київ-115, а/с 59 «Нова СІМ'Я» тел.: 8 (044) 451 64 25 e-mail: novasimya@ukr.net



Міжнародна клініка відновного лікування

Сайт Міжнародної клініки відновного лікування у Трускавці. Клініка займається реабілітацією пацієнтів з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) за методом Козьявкіна – системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. На сайті розміщено загальні відомості про клініку та лікування за методом професора Козьявкіна, інформація щодо лікування ДЦП, останні новини.



Інтернет-портал Наукового товариства інвалідів «Інститут соціальної політики»

Метою створення та діяльності НТІ «Інститут соціальної політики» є громадська діяльність, спрямована на задоволення та захист законних соціальних, економічних, творчих й інших спільних інтересів своїх членів шляхом сприяння розробленню та впровадженню новітньої соціальної політики щодо громадян з інвалідністю, створенню для них рівних можливостей, їх адаптації та інтеграції у сучасне інформаційне суспільство, ефективному вирішенню проблем інших соціально незахищених верств населення.



Інформаційне агентство INVAK.INFO

На порталі ви знайдете найсвіжіші новини про події, акції та заходи у сфері інвалідного руху, інформацію про інвалідні організації, останні конкурси, гранти, різні способи реабілітації, базу даних нормативних документів, бібліотеку та спеціальні комп'ютерні програми. Також ви зможете розмістити своє резюме, вакансію, додати анкету у службу знайомств та обговорити цікаву для вас тему на форумі. INVAK.INFO – найбільший інформаційний ресурс в інвалідній тематиці на території України, Росії та інших країн СНД.

* доступно з сайту: <http://www.dcp.org.ua/links.html>



Донецький обласний дитячий клінічний центр нейрореабілітації

Центр є структурним підрозділом управління охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації. Заснований 1988 р. як відділення при Обласному будинку дитини «Малютко», 1995 р. став самостійним державним медичним закладом обласного масштабу. Центр надає он-лайн консультації пацієнтам, батькам пацієнтів, усім зацікавленим, а також спеціалістам-неврологам.



Одеський обласний благодійний фонд «Майбутнє». Реабілітаційний центр

Сайт Дитячого реабілітаційного центру Одеського обласного благодійного фонду «Майбутнє». У Центрі лікують патології центральної нервової системи і опорно-рухового апарату. Лікарі використовують останні досягнення фізіотерапії, бальнеотерапії, лікувальної фізкультури, акупунктури, іпотерапії тощо. Також відбуваються заняття психологів з батьками та арт-терапія – через театральні вистави. Лікування у Центрі безкоштовне.



Дитячий санаторій «Хаджибей»

До «Хаджибея» поступають на реабілітацію діти з усіх регіонів України. Програма реабілітаційних заходів у Центрі формується відповідно до концепції комплексного підходу, поєднання медичної, психолого-педагогічної реабілітації, логопедичної корекції, соціальної адаптації та професійного навчання. У структурі Центру три реабілітаційно-відновлювальні комплекси.



Євпаторійський центральний дитячий клінічний санаторій

Сайт Євпаторійського дитячого клінічного санаторію Міністерства оборони України. Це єдиний в Україні та СНД багатoproфільний спеціалізований реабілітаційний центр для лікування дітей віком від 3 до 14 років. У санаторії надають послуги з лікування, реабілітації, рекреації. Основні види лікування – кліматотерапія, таласотерапія, бальнеогрязелікування, лазеро-, магніто-, КХЧ-, голкорекфлексо- і галотерапія, гіпербарична оксигенація.



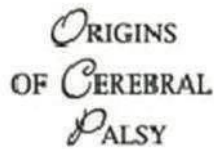
Іпотерапевтичний центр «Кентавр»

Сайт харківського іпотерапевтичного центру «Кентавр». У центрі проводять індивідуальні заняття з дітьми, які мають відхилення у фізичному та психічному розвитку.



Міжнародний інститут дельфінотерапії

Міжнародний інститут дельфінотерапії відкрито в Євпаторії 2003 року. Методика інституту ґрунтується на використанні методу сонофореза, ефективно використовуючи лікувальні властивості природного ультразвукового сонару дельфіна при сеансах дельфінотерапії.



Origins of Cerebral Palsy

Цей сайт буде корисним ресурсом для людей, які шукають більше інформації щодо такої хвороби, як дитячий церебральний параліч. Додаткові знання можуть допомогти полегшити невпевненість, яка може статися, коли люди стикаються із чимось непередбаченим та новим. На сайті подано інформацію, яка допоможе й підкаже рішення, якщо ви зіткнулися із цією хворобою.

Дитячий церебральний параліч. Інформаційний портал



Сайт призначений для всіх, хто цікавиться проблемою ДЦП та шукає шляхи її розв'язання. Тут розміщено статті, аналітичні матеріали, інформаційні повідомлення, присвячені проблемі ДЦП. Більшу частину матеріалів взято із закордонних джерел. На всі оприлюднені матеріали вказані джерела інформації. Усі статті призначені виключно для ознайомлення і не є посібником з лікування.

Монтессорі-центр



Сайт про методику Монтессорі для батьків та педагогів. Тут розміщено загальні відомості про методику, дидактичний матеріал, поради батькам, а також основи Монтессорі-терапії.

Міжнародне товариство методики Войта



Сайт Міжнародного товариства методики Войта. На сайті розміщено загальні відомості про методику рефлексної локомоції, а також основні елементи комплексу вправ Войта.

Особливе дитинство



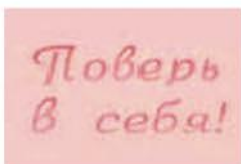
Сайт адресовано батькам дітей із порушеннями розвитку, спеціалістам. Тут розміщено матеріали, присвячені дітям з особливими потребами, поради щодо виховання та догляду за такими дітьми, а також поради правознавців.

Дефектолог



Сайт для батьків, які хочуть поглибити знання про розвиток своєї дитини. Тут можна дізнатися про вікові норми розвитку дитини від народження до семи років, знайти рекомендації дефектолога, логопеда, психолога, ознайомитися з розвиваючими іграми, якщо необхідна допомога спеціаліста – відвідати дошку оголошень, а також поспілкуватися на форумі: поставити питання спеціалістам, обговорити статті тощо.

Повір у себе!



Сайт, який створила та підтримує Олена Яворова, інвалід з дитинства із Донецька (прогресуюча спінальна аміотрофія Вердніга-Гоффмана), присвячений життю та проблемам інвалідів. Тут можна знайти інформацію про події, пов'язані з життям «особливих» людей, законодавчі акти, програми, які допомагають людям з особливими потребами при роботі з комп'ютером. На сайті розміщено поради лікарів, історії із життя, корисні книги та посилання, а також художні роботи людей із фізичними вадами.



Центр дистанційного навчання «Асоціація інвалідів- комп'ютерників»

Автори цього проекту – члени Благодійного фонду «АІК», відомого як «Асоціація Інвалідів Комп'ютерників». Організація з'явилася 2000 року, сьогодні її членами є понад 100 чоловік по всій Україні. Одне із завдань організації – розвиток новітніх комп'ютерних та інформаційних технологій як засобу соціальної реабілітації та адаптації інвалідів у суспільство. За 6 років роботи багато хто із членів «АІК» стали професіоналами і готові поділитися своїми знаннями з іншими.



Білоцерківське товариство «Аюрведа»

Сайт Білоцерківського міського товариства дітей-інвалідів та їх батьків. Місія організації – сприяння інтеграції дітей з особливими потребами у суспільство. Цілі діяльності – захист прав дітей з особливими потребами та сімей, у яких вони виховуються, медико-соціальна, психологічна, професійна реабілітація, творчий та інтелектуальний розвиток вказаної категорії дітей, допомога у розвитку і діяльності дитячого оздоровчого центру «Шанс» (спільний проект товариства «Аюрведа» і білоцерківського міськвиконкому). Товариство сьогодні об'єднує 189 родин, у яких виховуються діти, хворі на дитячий церебральний параліч та з іншими формами інвалідності.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 3.1

ДОДАТОК 1

Етапні, вікові особливості психофізичного і психологічного розвитку дитини*

Особливості розвитку новонародженого

Період новонародженості попри свою відносну нетривалість є особливо важливим у розвитку дитини, якій із першим подихом необхідно передусім пристосуватися до нових умов. А вже на третій тиждень життя вона починає реагувати на соціальні агенти (чинники).

Ситуація дозрівання і розвитку новонародженого. Сучасна новонароджена дитина дещо відрізняється від новонародженого десяти тисяч років тому. За подібних природних умов рівень психічного розвитку (зміна психічних процесів, виражена в кількісних, якісних і структурних перетвореннях), якого досягає дитина на кожному історичному етапі розвитку суспільства, неоднаковий. Це пояснюється тим, що процес її психічного розвитку не підпорядковується вічним законам природи, законам дозрівання організму.

У психологічній літературі є певні розбіжності щодо тривалості періоду новонародженості: одні дослідники обмежують його до 10 днів, інші – до 2-х місяців. Очевидно, аргументованою є думка, згідно з якою новонародженістю вважають період від народження до двох місяців, оскільки на другому місяці життя відбувається не тільки адаптація дитини до нових умов, а й проявляється перша форма людської поведінки – «комплекс пожвавлення», що є дуже важливим у психічному розвитку дитини.

Період новонародженості є проміжним між внутрішнім і позаутробним способом життя, коли дитина адаптується до зовнішнього фізичного світу. З відносно постійного середовища організму матері вона потрапляє у світ, де є звуки, запахи, кольори, рух та різні несподіванки. У цей час відбувається зміна функціонування всіх процесів організму: дихання, кровообігу, харчування. З появою на світ дитина наділена лише елементарними механізмами для підтримання життя, у неї відсутні будь-які самостійні форми поведінки. Їх вона набуває у процесі подальшого життя і розвитку.

Перехід організму новонародженого до нового типу функціонування забезпечують дорослі. Вони захищають дитину від яскравого світла, холоду, шуму, забезпечують харчуванням. У момент свого народження дитина цілком безпорадна. Якби поряд із нею не було дорослої людини, то через кілька годин вона б загинула.

Дитина народжується із готовою до функціонування системою безумовних рефлексів (вроджених реакцій організму на певні впливи): смоктальний, захисний, орієнтувальний. Однак їх недостатньо для того, щоб забезпечити її активну взаємодію з оточенням. Основою розвитку новонародженого є безпосередній контакт (взаємодія) з матір'ю, у процесі якого починають вироблятися перші умовні рефлекси (набуті), зокрема положення тіла при годуванні.

Комплекс пожвавлення. Спостереження за новонародженим дали підстави для висновків, що першою формою людської активності є емоції дитини, виражені плачем, криком. Умовна емоційна реакція, якою є усмішка, з'являється на другому місяці життя при звучанні людського голосу або у зв'язку з появою у полі зору дитини знайомої людини. Усмішка новонародженого є зверненням до близької людини, впізнаванням її, радістю відкриття іншої людини. Вона супроводжується мімікою, жвавими рухами, гулінням, поверненням голівки до дорослого. Усе це становить цілий комплекс проявів радості, який називають комплексом пожвавлення.

Комплекс пожвавлення – позитивна емоційно-дійова реакція новонародженого на появу дорослого, особливо на голос матері, її обличчя, дотики. Поява комплексу пожвав-

лення у цей період є свідченням нормального психічного розвитку. Емоційна взаємодія дитини з дорослим – це фундаментальний чинник розвитку її особистості та психічного здоров'я у дорослому віці. Психологи називають комплекс пожвавлення першою формою людської поведінки. Саме в період новонародженості дитина починає виокремлювати людське обличчя як соціальний об'єкт, на який спрямовує свою поведінку, виявляючи рухи, які реалізують цю спрямованість. Дитина звертається до дорослого всім своїм єством. Батьки стають центром світу, засобом розуміння його та інших людей. Дозрівання й розвиток дитини в період новонародженості залежать від того, наскільки дорослий уміє відповісти на її поведінку, заохочення до взаємодії.

Комплекс пожвавлення є початком психічного життя, свідченням того, що склалась сприятлива соціальна ситуація розвитку, яку Л. Виготський назвав ситуацією Ми (пра-Ми), єдністю матері та дитини. Суть її полягає в тому, що вся активність дитини вилеєна в життя і діяльність дорослого, який доглядає за нею. Новонароджений максимально потребує дорослого, але способами впливу на нього ще не володіє. У цьому і полягає головна суперечність цього періоду, що розв'язується шляхом забезпечення особливого виду діяльності – безпосереднього емоційного спілкування дорослого й дитини, початок якого закладений у комплексі пожвавлення.

Новонароджений швидко вчиться розрізняти знайомі та незнайомі обличчя, стежити за рухами дорослого. Експерименти підтверджують вибіркиму спрямованість дитини на різні зображення: якщо їй пропонують на вибір кілька зображень, то людське обличчя вона розглядає найдовше.

Отже, специфіка психіки новонародженого полягає в орієнтації його індивідуальної організації на розвиток у соціальному оточенні. Поява комплексу пожвавлення є психологічним критерієм закінчення періоду новонародженості. Фізіологічним критерієм завершення цього періоду є поява зорового і слухового зосереджень, можливість формування умовних рефлексів на зорові й слухові подразники.

Психічний розвиток немовляти

Адаптація організму дитини до зовнішнього середовища, виникнення зорового та слухового зосередження, поява комплексу пожвавлення є основою психічного розвитку немовляти.

Соціальна ситуація розвитку і провідна діяльність немовляти. Вік немовляти охоплює період від 2-х місяців до 1-го року. Соціальна ситуація спільного життя дитини з дорослим зумовлює виникнення нового типу діяльності – їхнього безпосереднього емоційного спілкування (встановлення і розвитку соціальних контактів). Специфічна особливість цього типу діяльності полягає в тому, що її об'єктом є інша людина. Для дорослого об'єктом впливу є дитина, водночас дитина починає виявляти перші форми впливу на дорослого. Так, дуже швидко її голосові реакції набувають характеру емоційно-активного заклику, схлипування перетворюється на поведінковий акт, спрямований на дорослу людину. Однак це ще не є мовою, а тільки емоційними реакціями.

Спілкування в період немовляти повинне бути емоційно позитивним. Завдяки цьому в дитини створюється емоційно позитивний тонус, що є ознакою її фізичного і психічного здоров'я. Емоції (пристрасні переживання) стають своєрідним орієнтиром дитини в її поведінці: чим багатший світ позитивних емоцій, тим більше вона має можливостей для дій із предметом, взаємодії з дорослими. Тому будь-яка ситуація, за якої немовля отримує позитивні емоції, не менш важлива для його життя, ніж якісне харчування чи свіже повітря й тепло.

Перші прояви спілкування дитини з мамою починаються без слів під час годування, коли вона кладе ручку на її груди та намагається заглянути в очі. До 6–7 місяців арсенал засобів і форм взаємодії значно розширюється. Навіть плач немовляти набуває різноманітних відтінків: плач від страху, від дискомфорту, плач-заклик.

Перші «запитання», які задає дитина дорослому, виражаються у формі дії, погляду, жесту. Зрозуміти їх можна тільки в ситуації дії. Виконання прохань немовляти, його звернень до дорослого є новою формою діалогу, яка з'являється наприкінці першого півріччя.

Для дитини діалог – це можливість бачити світ очима інших людей, співпереживання, співчуття, спрямованість на іншу людину, спонування її до взаємодії. Вона може домогатися цього найрізноманітнішими доступними засобами: плачем, загляданням в очі, навмисною дією, спрямованою на привернення уваги.

Поділитися з іншою людиною своїм досвідом, розповісти про те, що відбувається, – ця потреба також виникає і проявляється в діалозі. Спочатку розповіді дитини про події, у яких вона брала участь, є пантомімічними, з оволодінням мовою з'являються монологи. Спочатку такі: «Оля, и-и-и», що є згадкою про те, як плакала дівчинка. Зародження щирості й відвертості між дитиною та мамою залежить від уміння дорослого слухати і брати участь у таких діалогах. Саме через матір немовля вступає у складний світ людських стосунків.

Дефект спілкування, відрив дитини від матері у період немовляти породжує так званий ефект госпіталізму – уповільнений емоційний розвиток дитини. За таких обставин відбуваються значні порушення в психічному розвитку дитини, травмується особистість, що непоправно позначається на її подальшому житті. За спостереженнями американського психолога К. Береса, із 38 дорослих, які в дитинстві хворіли на госпіталізм, тільки семеро змогли добре пристосуватися до життя і були звичайними, нормальними людьми; решта мали різні психічні дефекти.

Найнебезпечнішим і найуразливішим є вік від 6 до 12 місяців, оскільки немовляті особливо необхідне спілкування з дорослим, людське тепло. У цей період дитину аж ніяк не можна позбавляти спілкування з мамою. А якщо це неможливо, необхідно подбати про спілкування її з іншою людиною. Здатність дитини любити тих, хто її оточує, залежить від того, скільки любові й у якій формі вона отримує.

Отже, сприятливою соціальною ситуацією психічного розвитку дитини періоду немовляти є її нерозривна єдність із дорослим, емоційний комфорт.

Пізнавальний розвиток немовляти. Найбільш повну картину змін періоду немовляти дає вивчення пізнавального розвитку дитини. Протягом першого року життя діти не тільки набувають моторних (рухових) навичок, а й вчать гратися, мислити, розуміти навколишній світ. Інтелект їх як універсальний чинник урівноваження з оточенням, за Ж. Піаже, розвивається на основі інстинкту та анатомо-фізіологічної структури організму.

Хоч процес пізнання в цей час надзвичайно багатогранний, найважливішими психічними механізмами у ньому є розвиток сприйняття, розпізнавання інформації, виокремлення категорій, розвиток пам'яті.

Розвиток у немовляти сприйняття. Цей пізнавальний процес полягає в цілісному відображенні предметів і явищ, здатності дитини отримувати багато наочних, звукових, тактильних та смакових вражень. Немовлятам притаманна більшість людських відчуттів. Вони бачать, чують, відчують біль, дотик.

Діти не обов'язково чекають від дорослих стимулів до моторної і перцептивної (лат. *perceptio* – уявлення, сприймання) діяльності, вони самі активно шукають інформацію. Привертають і утримують увагу немовлят здебільшого переміщення предметів, кольорові (наприклад, чорно-білі) контрасти, різні за гучністю, протяжністю та висотою тону звуки. Діти до одного року приділяють більше уваги зображенням концентричної форми, із зігнутих елементів, ніж із прямолінійних, цікавляться переходом прямої лінії у криву. Контраст для них привабливіший, ніж однотонне поле.

Для немовлят, як і для дорослих, колір є конкретною категорією. Розмаїття кольорів видимого спектру – від червоного до фіолетового – пов'язане з різною довжиною світло-

вої хвилі. Хоча різниця між довжинами хвиль двох відтінків синього кольору та зелено-го однакова, діти з більшим інтересом стежать за переходом від синього до його відтінків. Особливість сприйняття немовляти, коли об'єкти, що певною мірою відрізняються за своїми фізичними ознаками і належать до різних класів (категорій), мають для спостерігача більше відмінностей, ніж належні до однієї категорії об'єкти із суттєвими фізичними відмінностями, називається категорійністю.

Отже, діти в період немовляти вже здатні орієнтуватися у визначених параметрах зовнішнього середовища. Контрасти, криволінійність тощо привертають і утримують їхню увагу, особливо якщо вони спостерігають їх зміни. Очевидно, ця здатність є вродженою.

Розпізнавання немовлям інформації. Діти вчаться виявляти зміни в однакових явищах, зіставляти отриману інформацію з набутими раніше знаннями. Згідно з гіпотезою вчених, у немовляти з перших днів життя виникає відображення отриманих вражень (перцептивних схем) як абстрактне відображення зовнішніх елементів уявлення та їх взаємозв'язків. Генетично перцептивні дії пов'язані з практичними діями. У русі руки, що обмацують предмет, у русі ока, що обстежує видимий контур, у рухах гортані, що відтворює звук, відбувається зіставлення ситуативного образу з оригіналом, здійснюється його корекція. Подальший розвиток супроводжується скороченням моторних компонентів перцептивної дії, у результаті чого процес сприймання стає одномоментним актом «споглядання». Це означає, що дитина оволоділа оперативними одиницями сприймання і сенсорними еталонами (еталонами відчуттів). Ймовірно, перцептивна схема є ідентичним відображенням одного об'єкта або явища, оскільки свідомість не може формувати всі (багато) ознаки уявлення або об'єкта, навіть такого значущого, як обличчя матері, а наступне сприйняття того самого об'єкта чи явища ніколи не буває абсолютно ідентичним першому. Тепер немовля співвідносить друге враження з першим, одночасно розрізняючи відмінності між ними, воно, швидше за все, об'єднує ці подібні враження. Таке об'єднання називається схематичним прототипом.

Виокремлення немовлям категорій. Уміння виокремлювати загальні для різних вражень властивості (наприклад, протяжність і перервність), здатність об'єднувати подібні за властивостями предмети або явища свідчать, що немовля може виокремлювати категорії.

Категорія – усвідомлення вражень про властивості, характерні для подібних, але не ідентичних предметів, явищ.

Ці властивості можуть бути фізичними (статичними) або дієвими (вміння їсти, кидати). Пізніше у процесі розвитку діти відображають властивості предметів у словах і думках.

Більшість немовлят розрізняють такі категорії предметів: меблі, тварини, їжа. Річна дитина навіть може віднести зображення предмета до відповідної категорії. Якщо немовляті показати зображення різних людей, а тоді – собаки, воно почне роздивлятися останнє з більшою увагою і обличчя його помітно пожвавиться. Зміна у поведінці дитини засвідчує, що собак вона відносить до іншої категорії, ніж людей.

До 3-х місяців немовлята виявляють великий інтерес до явищ, які дещо відрізняються від сприйнятих раніше, звертаючи менше уваги на добре знайомі або зовсім нові. Інтерес дитини до конкретного явища обумовлений його відмінністю від перцептивної схеми, яка в неї склалася (принцип розрізнення). У дитини до півтора року зміна другорядних ознак об'єкта сприйняття (наприклад, вуха у людини, вуса у кота) викликає менш стійку увагу (зосередження певний час на певному об'єкті), ніж зміни найхарактерніших ознак (голова у людини). Помірні зміни викликають стійкішу увагу, ніж дуже різкі чи дуже незначні.

Принцип розрізнення має важливе значення у перцептивній діяльності немовлят. Вони найчастіше пожвавлюються, сприймаючи явища, які відрізняються від уже знайо-

мих їм. Для кожної дитини найпривабливішими будуть різні явища. У конкретний період максимально цікавим для неї буде обмежена кількість явищ і предметів. Коли набір вражень у дитини сформований, вона готова до сприйняття нових явищ. У процесі засвоєння немовлям неподібних між собою нових вражень розвиваються його пізнавальні здібності, а відповідно – розширюються перцептивні можливості. Різноманітність довколишніх явищ змушує дитину орієнтуватися в них, і це сприяє когнітивному розвитку (пізнавальному розвитку, розвитку вищих психічних процесів).

Розумовий розвиток немовлят, які живуть в однорідному середовищі без достатньої кількості іграшок, предметів, є значно повільнішим, якщо порівнювати з тими, які ростуть у різноманітному оточенні, маючи змогу отримувати більше нових вражень.

Наприкінці першого року життя в дітей з'являються ознаки мислення у формі сенсомоторного інтелекту. Вони зауважують, засвоюють та використовують у своїх практичних діях елементарні властивості і відношення предметів. Подальший прогрес у розвитку мислення безпосередньо пов'язаний з початком розвитку мовлення.

Розвиток у немовлят пам'яті. Діти здатні пам'ятати минулий досвід, і чим вони старші, тим більше пам'ятають пережите. Немовлята співвідносять нові враження з існуючими у них образами. Цю здібність називають упізнаванням – ототожненням об'єкта чи події, що сприймається, з одним із зафіксованих у пам'яті образів (еталонів). Наприклад, дитина, отримавши нову ляльку, наступного дня упізнає її. Як правило, вона починає переводити погляд з нового об'єкта на знайомий, ніби порівнює їх, даючи зрозуміти, що об'єкт упізнаний.

У другому півріччі життя в розвитку пам'яті немовляти з'являються дві нові особливості. По-перше, виникає здатність до відтворення – пригадування (відновлення у пам'яті) вигляду об'єкта навіть за відсутності поруч подібного. Уже 4-місячні діти можуть відрізнити знайоме обличчя від незнайомого, але сумнівно, що вони спроможні відновити в пам'яті образ батька, якщо його немає у кімнаті. Здатність до відтворення образу в пам'яті без безпосереднього сприйняття розвивається після 8 місяців.

Приблизно у 8 місяців у немовляти починає розвиватися робоча (оперативна) пам'ять – вид пам'яті, що охоплює процеси запам'ятовування, збереження і відтворення інформації, яка опрацьовується під час виконання конкретної дії та необхідна тільки для досягнення мети цієї дії.

Коли старші діти або дорослі читають чи розмовляють, немовля здатне сприйняти інформацію і зіставити її зі сприйнятою раніше.

Взаємодія немовляти з предметами й оточуючими людьми. У період немовляти зростає потреба у взаємодії з оточуючими людьми та предметами, в оволодінні предметними діями.

Підсумовуючи дані про пізнавальний розвиток дітей першого року життя, Ж. Піаже виокремив такі стадії розвитку структур взаємодії немовляти з предметами й оточуючими людьми:

а) операційна консолідація (1–4 місяці). Дитина своїми рухами намагається відновити попередні відчуття (наприклад, рух очей у бік привабливого об'єкта чи рух руки до рота). Наприкінці цієї стадії вона зауважує зміни звичної для неї поведінки матері й робить певні зусилля, щоб викликати її звичну реакцію. Якщо це не вдається, немовля починає займатися чимось іншим. Така поведінка свідчить про те, що у дитини починають складатися первинні «наміри», зокрема намагання вплинути на дорослого;

б) операційна координація (4–8 місяців). Зауваживши цікавий рух будь-чого, немовля майже миттєво схоплює його, відтворює, спостерігаючи з інтересом за реакцією дорослого. Дитина вдається до навмисних дій, щоб привернути увагу матері чи іншої дорослої людини (тягне маму за волосся, простягає руки до неї та ін.). Ці дії є спрямованими на іншого сигналами, стимулами до бажаної для дитини поведінки;

в) біфокальна (одночасна сфокусованість дитини на власній дії та реакціях дорослого) координація (8–12 місяців). Виявляється вона в довільному повторенні одного й то-

го самого руху з різними частинами об'єкта. На цій стадії структури взаємодії з неживими об'єктами координуються зі структурами взаємодії з людьми (гра з дорослим, іграшками). Увага дитини одночасно зосереджується і на людині, і на неживому об'єкті (іграшці);

г) удосконалена координація (8–12 місяців). Немовля виявляє здатність здійснювати рухи з об'єктами в різних напрямках. На цій стадії з'являється імітація дитиною рухів і дій, здійснених іншими людьми, ведеться активний пошук цікавих об'єктів, щоб продемонструвати їх іншому.

Отже, у взаємодії з предметами й оточуючими людьми немовля долає стадії операційної консолідації, операційної координації, біфокальну та удосконаленої координації, які є свідченням його пізнавального розвитку.

Новоутворення періоду немовляти. Наприкінці першого року життя дитина спинається на ніжки, починає ходити. Головним в акті ходьби є не тільки розширення простору існування немовляти, а й те, що воно відокремлює себе від дорослого. Відбувається розпад єдиної ситуації Ми, внаслідок якого вже не мама веде дитину, а вона веде маму, куди хоче. Ходьба є першим основним новоутворенням періоду немовляти яке свідчить про подолання дитиною меж попередньої ситуації розвитку.

Наступним важливим новоутворенням цього віку є розвиток мовлення, яке, як й інші новоутворення, має перехідний характер. Воно автономне, ситуативне, емоційно забарвлене, зрозуміле тільки близьким, специфічне за своєю структурою (складається з частинок слів) і ще незв'язне. Щоб зрозуміти таке мовлення, необхідно враховувати конкретну ситуацію, у якій перебуває дитина і якої воно безпосередньо стосується. Мовлення є новою властивістю, показником того, що попередня соціальна ситуація розвитку дитини розпалася. Замість єдності батьків і немовляти з'явилися двоє: дорослий і дитина.

Криза першого року життя. Протягом першого року в житті дитини відбувається різка зміна ситуації, яка виявляється в переході від біологічного типу розвитку (несформованості поведінки, беспорядності, потреб у їжі й теплі) до соціального (активності, потреб у взаємодії з іншою людиною, пізнанні навколишнього світу), що, як правило, дається їй дуже непросто, породжує кризові переживання.

Криза першого року життя – криза, яка обумовлена руйнуванням необхідності емоційної взаємодії дитини з дорослим і проявляється в плаксивості, похмурості, інколи в порушенні сну, втраті апетиту, тощо.

Головною ознакою кризи першого року є різке зростання незалежності дитини від дорослих: вона опановує ходьбу і предметні дії, стає активнішою, з нею не можна не рахуватися. За такої ситуації загострюються переживання, чутливість до різноманітних впливів. Протягом цього періоду розвитку важливим є встановлення соціальних зв'язків дитини з усіма членами сім'ї (дорослими та іншими дітьми). Усе це зумовлює появу в результаті кризових переживань почуття довіри немовляти до об'єктів навколишнього світу. Усвідомлюючи значущість кризового періоду в житті дитини, дорослі повинні вчасно перебудувати стосунки з нею, надати їй більше свободи і самостійності. У річному віці соціальна ситуація розвитку різко змінюється. Ще недавно беспорядна дитина, будь-яка потреба якої опредмечувалася дорослим, тепер уже багато чого навчилася. Здатність самостійно пересуватись відкрила для неї загадковий світ предметів. Якщо раніше дорослий був центром її світу, то тепер вона мовби заворожена предметами. З'являються перші афективні реакції – сильні короточасні нервово-психічні збудження, пов'язані переважно з невдачами, які виникають у процесі засвоєння предметних дій. Зв'язок між дитиною і дорослим опосередковується предметом.

Нормальне подолання кризи першого року життя спричинює роз'єднання предметної і соціальної складових безпосереднього оточення дитини, розпад пра-Ми, становлен-

ня першої форми Я як основи для розвитку предметної маніпуляції, внаслідок якої пізніше виникає Я-діюче.

Загалом, головними надбаннями віку немовляти є пізнавальний розвиток, взаємодія з неживими предметами і людьми, які його оточують, ходьба, поява мовлення. Подолання кризи першого року життя зумовлює подальший розвиток дитини. На цьому етапі відбуваються перехід від біологічного до соціального типу розвитку, оволодіння «діалогом» із дорослим, значні зрушення у пізнавальному розвитку (розпізнавання інформації на основі оперативних одиниць сприймання і сенсорних еталонів, розвиток упізнавання та оперативної пам'яті), формування мовлення, структур взаємодії з предметами та оточуючими людьми, розширення соціальної ситуації розвитку завдяки оволодінню ходьбою, проявляються перші афективні реакції.

Особливості розвитку в ранньому дитинстві

Ранній дитячий вік охоплює період від 1-го до 3-х років і є одним із ключових у житті дитини. Він характеризується новою соціальною ситуацією розвитку, оскільки на цьому етапі її життя провідною стає предметно-маніпулятивна діяльність, яка заміняє емоційне спілкування з дорослим (провідну діяльність немовляти), виникають важливі новоутворення.

Соціальна ситуація розвитку в ранньому дитинстві. Особливе значення раннього дитячого віку полягає в тому, що він безпосередньо пов'язаний із ходьбою. Здатність до переміщення, будучи фізичним надбанням, має відчутні психічні наслідки. Завдяки їй дитина починає вільніше та самостійніше спілкуватися із зовнішнім світом. Ходьба розвиває вміння орієнтуватися в просторі, розширює можливості ознайомлення з оточенням, а також забезпечує перехід до самостійної предметної діяльності. Малюк повністю захоплений предметами, внаслідок чого змінюються його стосунки з дорослими. Усе рідшим стає емоційне спілкування з ними, поступаючись місцем ситуативно-дійовому спілкуванню, практичному співробітництву, спільним діям з предметами. Дорослий, як правило, спонукає до спілкування завдяки своїм діловим якостям, а не емоційності. Соціальна ситуація розвитку в ранньому дитинстві має таку структуру: «дитина – предмет – дорослий».

Провідна діяльність у ранньому дитинстві. Для раннього дитинства основними видами діяльності є предметна діяльність, мовлення і гра. Розвиток предметної діяльності пов'язаний з оволодінням виробленими людством способами користування предметами. Дитина навчається від дорослих використовувати предмети, досягає значення речей. Відмінність предметної діяльності від характерного для періоду немовляти простого маніпулювання предметами полягає в підпорядкуванні способів дії дитини з предметами функціональному їх призначенню у житті культурної людини.

Засобом здійснення предметної діяльності, знаряддям оволодіння суспільними способами використання предметів є спілкування. Попри те, що емоційне спілкування перестає бути провідною діяльністю в ранньому дитячому віці, воно продовжує дуже інтенсивно розвиватися і стає мовним. Адже пов'язане з предметними діями спілкування не може бути тільки емоційним, воно повинне опосередковуватися словом, яке стосується предмета.

Ранній дитячий вік є сенситивним (сприятливим) періодом для розвитку мовлення, оскільки саме в цей час оволодіння мовою є найефективнішим. До трьох років дитина оволодіває мовленнєвим диханням, засвоює майже всі звуки рідної мови. Її словниковий запас становить 1200–1500 слів, вона використовує поширені речення (5–6 слів), що свідчить про опанування основ синтаксису, виявляє активність у мовному спілкуванні з дорослими та дітьми, оволодіває експресивно-мімічними діями (усмішка, контакт очей, рухи, пози, дотики, тощо). Якщо дитина з певних причин не має необхідних умов для розвитку мовлення, то пізніше надолужити втрачене дуже важко. Тому на 2–3-му роках життя необхідно особливо інтенсивно займатись її мовленнєвим розвитком.

Для розвитку малюка особливе значення має гра – діяльність, спрямована на орієнтування в предметній і соціальній дійсності.

Елементи гри використовують уже немовлята, маніпулюючи предметами (іграшками, сосками). На другому році життя гра стає більш спонтанною і змістовною. Вона є не просто маніпуляцією, а розгортається як дії з предметами, у яких дитина відтворює те, що роблять дорослі (наприклад, розмова по телефону, пиття чаю). Це перші кроки на шляху до символічних дій. Найпоширенішими у цьому віці видами ігор є гра-дослідження (ігрове дослідження особливостей предметів), гра-конструювання (самостійне зведення споруд і обігрування їх), рольова (перебирання дитиною на себе ролі дорослого) гра.

Серед дослідників побутують різні погляди щодо причин виникнення і цілей гри. Прихильники психоаналітичної теорії, наприклад, вважають, що рольова гра допомагає малюкові впоратися з конфліктами. Однак, будучи відображеними у грі, психологічні конфлікти не завжди є її причиною. Якщо у грі з лялькою, стверджують вони, дитина дуже піклується про неї, цілком можливо, що це виражає її потребу в любові, компенсує відсутність батьківського тепла та опіки.

Ігрова діяльність малюка є основою формування майбутніх умінь і навичок, розумових дій. У процесі ігрового експериментування формується багато його нових складних здібностей. До двох років малюки вже можуть бавитися в елементарні логічні (передбачають використання і розвиток навичок логічного мислення) і тематичні (за заданою дорослими чи самостійно обраною) ігри, виявляючи свою здатність складати план дій.

З розвитком символічної (умовне позначення у грі предметів, подій, явищ) гри змінюється ставлення дитини до інших дітей. На першому році життя вони майже не взаємодіють між собою. Десятимісячні діти ставляться один до одного, як до живих забавок: смикають за волосся, торкаються пальцями очей, тощо. На 18-20-му місяці вони починають взаємодіяти з партнерами по грі, прагнуть бавитися одне з одним.

Отже, предметна діяльність, мовлення і гра свідчать про психічний розвиток малюка. У цих видах діяльності проявляються певні психічні новоутворення раннього дитинства.

Новоутворення в ранньому дитинстві. До новоутворень зараховують психічні та особистісні якості, які вперше виникають на конкретному етапі розвитку людини. Наприкінці першого року життя малюки вже можуть легко упізнавати предмети, на початку другого року в них розвивається здатність до використання предметів у грі не за прямим призначенням. Якщо немовлята, сприймаючи будь-яку нову подію, створюють перцептивні схеми, які реально відображають її ознаки, то на другому році життя діти не просто пристосовують свої дії до фізичних якостей об'єкта, а співвідносять з ним власні ідеї.

Уже в ранньому дитинстві вони виявляють здатність до символічних дій – створення нових відношень між предметом і його використанням. Ця якість розвивається кількома етапами. Дещо старша одного року дитина може ставитись до іграшкової чашки, як до реальної, справжньої, робити вигляд, ніби п'є з неї; може покласти ляльку на дерев'яний брусок, як на ліжко. У півтора року вона робить наступний крок у розвитку символічних дій: перевернувши, наприклад, ляльку вниз головою, удаватиме, що сипле сіль із сільнички. А дворічна дитина, побачивши дві дерев'яні кульки різних розмірів, може стверджувати, що це мама і тато. На завершенні другого року життя діти вводять у гру замість себе іграшку, активно використовуючи її в ігрових сюжетах: можуть давати пити ляльці, підносити телефонну трубку до її вуха, тощо.

У грі дитина починає активно наслідувати людей, які її оточують. Наслідування (відтворення дій, ідеалів, рис характеру, творчої манери інших осіб) малюка є вибірко-вим, тобто його реакція виникає лише після певної поведінки дорослого або інших дітей.

Однак на початку другого року життя він здатен наслідувати поведінку дорослого ще не відразу і не всі його дії. Це залежить від характеру самої дії. Найлегше дітям дається наслідування моторних дій, значно важче – соціальних.

Притаманна лише людині здатність наслідувати пов'язана з її дозріванням. Вона є основою інтелектуального та моторного розвитку дитини. Протягом перших двох років життя наслідування залежить від ступеня впевненості дитини у здатності виконати побачене. Малюки більше схильні наслідувати ті форми поведінки, дії, які вони лише опановують, або ті, що їм ще не під силу.

Наслідування зумовлене прагненням дитини до соціального утвердження, бажанням бути подібним на іншу людину або досягти певної мети. У ранньому дитинстві воно залежить від рівня когнітивного (пізнавального) розвитку. У цьому віці дитина виявляє форми поведінки, що свідчать про перші прояви самопізнання (процесу, який ґрунтується на самоспостереженні та ставленні інших людей) своїх дій, станів. Дворічні малюки починають підпорядковувати поведінку інших людей своїм потребам, пов'язаним з особистісним розвитком.

На третьому році життя, коли діти починають вимовляти короткі речення, виконуючи будь-яку дію, вони часто описують її, а поведінку інших людей описують рідше. Це означає, що вони найбільше заклопотані своїми вчинками.

Про формування самосвідомості (образу себе і ставлення до себе) дитини на другому році життя свідчить її здатність впізнавати себе у дзеркалі, активно використовувати займенник «Я». У період від одного до трьох років відбувається перетворення малюка з істоти, яка вже стала суб'єктом (зробила перший крок на шляху становлення особистості), на істоту, що усвідомлює себе як особистість.

Саме в цьому віці виникає психологічне новоутворення – Я – глибинна суть людини, самість, справжність, автентичність, що дає їй змогу відрізнити себе від інших людей, відчувати, переживати, усвідомлювати реальність свого існування (діяння). Як активне начало Я об'єднує всі життєві вияви особистості, забезпечує погляд на себе із середини, усвідомлення, змінювання себе, регулювання своєї життєдіяльності, а також подолання меж свого Я, щоб збагнути свою глибинну суть, цінності, об'єднати своє минуле, теперішнє і майбутнє. Я є найвищою концентрацією суб'єктивності (індивідуальності, глибинної неповторності) та суб'єктності (зовнішньої і внутрішньої активності, духовного споглядання) людини, у якій втілюються всі відчуття: від ситуативних станів до кардинальних учинків, фундаментальних життєвих рішень, переживання власної цілісності й нероздільності свого минулого, теперішнього, майбутнього і вічного.

Вираження, підвищення цінності власного Я є однією з головних життєвих потреб людини. У глибинах Я зосереджена одвічна совість і вірування людини.

У ранньому дитинстві Я має тілесне вираження: розкутість, вільність чи скутість, напруженість, усмішка чи сум, доброта і щирість чи зверхність і зухвала поведінка. Саме в цей період виникає тенденція до «сили Я», основою якої є справжні (нормативні) людські цінності і яка забезпечує розвиток просоціальної спрямованості особистості дитини, або тенденція до «слабкості Я», що виражається в почутті меншовартості, інфантильних інтересах. Ця тенденція зумовлює постійне напруження у психіці та суперечливість поведінки (заздрощі, ревності, невдоволення, агресію, намагання використати інших людей у власних інтересах, дискредитувати їх, тощо).

Основними функціями Я є самоузгодження внутрішнього світу людини, забезпечення його цілісності (холістичності), саморегулювання життєдіяльності, визначення стратегії життя та поведінки, інтеграція життєвого досвіду, забезпечення саморозвитку і самореалізації, реагування на моральні та соціальні норми і духовні цінності.

У своєму розвитку Я долає кілька стадій, пов'язаних з виокремленням його із зовнішнього світу, розвитком довільності та рефлексивності. Без Я людина подібна до наповненої речами скрині, у якій для нових речей немає місця, а старі самі псуються і

псують гарні речі, що лежать поруч. Нові речі немає куди класти (нові враження не сприймаються), а якщо це і вдається, то використати їх не можна (враження не поліпшують взаємодію з внутрішнім образом світу і об'єктивним світом). Тому дорослі повинні відповідально ставитися до формування Я дитини на ранньому етапі її розвитку.

Після виникнення первинного ставлення до себе як до окремо існуючого суб'єкта, відкритої заяви про себе як про особистість у психіці дитини з'являються й інші особистісні новоутворення. На третьому році життя малюки починають порівнювати себе з іншими людьми, у результаті чого у них поступово складається певна самооцінка, прагнення відповідати вимогам дорослих. Далі формуються почуття гордості, сорому, елементарні опредмечені форми рівня домагань.

Про розвиток самосвідомості дитини на третьому році життя свідчать:

- називання свого імені в різних варіантах;
- твердження про себе в першій особі («Я»);
- здатність виражати засобами мови окремі стани і потреби («Я хочу», «Я буду»);
- позитивно забарвлене твердження про себе («Я гарний»);
- позитивне ставлення до похвали дорослого, намагання самостійно повторити позитивну дію;
- прагнення до активних самостійних дій.

Із зародженням самосвідомості у дитини розвивається здатність розуміти емоційний стан іншої людини. Після 1,5 року вона виявляє усвідомлене прагнення втішити засмучену людину, обняти її, поцілувати, дати їй іграшку або солодощі. Це свідчить про її здатність згадати свої попередні емоційні почуття, діяти відповідно до власного досвіду.

Криза трьох років. Наприкінці третього року життя (часом і дещо раніше) діти вже обстоюють своє право на незалежну поведінку ініціативними заявами «Я сам». Поява цього феномену спричинює цілковитий розпад попередньої соціальної ситуації, що проявляється в кризі трьох років.

Криза трьох років – криза соціальних відносин, яка зумовлена становленням самосвідомості дитини і проявляється в негативізмі, впертості, непокірності, свавіллі, протесті, деспотизмі.

Особливості цієї кризи вперше описано Ейзою Келер у праці «Про особистість трирічної дитини». Найважливішими ознаками цієї кризи є:

- негативізм. Проявляється він як негативна реакція дитини, передусім як відмова підкорятися вимогам до неї. Негативізм не слід плутати з неслухняністю, яка буває і в більш ранньому віці;
- впертість. Вона є реакцією дитини на власне рішення і проявляється у наполяганнях на своїх вимогах, рішеннях. Дитина хоче, щоб з нею рахувалися, що свідчить про становлення її як особистості. Впертість не слід ототожнювати з наполегливістю – завзятістю, стійкістю, непохитністю в досягненні мети;
- непокірність. За своїми зовнішніми ознаками вона є близькою до негативізму та впертості, однак має більш генералізований і більш безособовий характер. Найчастіше вона постає як протест проти порядків, заборон, звичаїв, що панують удома;
- свавілля. Проявляється як прагнення звільнитися від опіки дорослого, намагання діяти самостійно. Частково воно нагадує кризу першого року, але тоді немовля прагнуло фізичної самостійності. Тепер його метою є досягнення самостійності у здійсненні намірів, задумів;
- знецінення дорослих. Дитина починає сприймати їхні слова, вчинки не безумовно, а крізь призму своїх інтересів;
- протест. Формами його є бунт проти батьків, налаштованість на суперечку з ними;
- деспотизм. Дитина різноманітними способами та засобами демонструє деспотичну владу щодо всього оточуючого. Часто це відбувається у сім'ях з єдиною дитиною.

Кризі трьох років властиве руйнування попередніх стосунків дитини з дорослими, яких вона починає сприймати як носіїв зразків дій і стосунків у навколишньому світі. Дитинство зі світу, обмеженого предметами, у цей період перетворюється на світ людей. У дитини з'являється прагнення до самостійної діяльності, самостійного задоволення своїх потреб («Я сам»). Однак дорослий за звичкою зберігає попередній тип стосунків і цим обмежує її активність. Тому вона чинить цьому опір усіма наявними у неї засобами, стає примхливою, вередливою, робить усе навпаки, демонструє негативне ставлення до вимог дорослого. Якщо батьки заохочують самостійність дитини, то труднощі у взаєминах з нею швидко минають. Отже, феномен «Я сам» означає не тільки виникнення самостійності, а й відокремлення малюка від дорослого.

У результаті подолання кризи трьох років виникають такі важливі психічні новоутворення, як порівняння себе з іншими людьми, прагнення до самостійної діяльності, подібної на діяльність дорослих. Тенденція жити спільним життям із дорослими, діяти, як вони, властива всьому періоду дитинства: малюк, відокремлюючись від дорослого, одночасно встановлює з ним значно глибші взаємини.

Прагнення бути як дорослий може знайти найповніше втілення тільки у формі гри (лише в грі дитина може зварити обід, зробити укол, піти в магазин, тощо). Тому криза трьох років розв'язується завдяки переходу дитини до ігрової діяльності. Ця криза є скороминущим явищем, але пов'язані з нею новоутворення (прагнення самостійності, відокремлення себе від дорослих, бажання наслідувати їхні дії) є важливим кроком у психічному розвитку дитини.

Отже, на етапі раннього дитинства головним у соціальній ситуації розвитку є ситуативно-дійове спілкування дитини з дорослим, провідною стає предметна діяльність. Цей період сприятливий для оволодіння мовою, виникнення символічної гри, здатності до наслідування, розвитку самосвідомості.

Психічний і особистісний розвиток дитини в дошкільному віці

Дошкільне дитинство охоплює молодший дошкільний вік (4-й рік), середній дошкільний вік (5-й рік), старший дошкільний вік (6-й рік, у деяких дітей ще й кілька місяців 7-го року життя). На цьому етапі складається нова соціальна ситуація розвитку, провідною діяльністю стає гра, під час якої дошкільники опановують інші види діяльності, виникають важливі новоутворення у психічній та особистісній сферах, відбувається інтенсивний інтелектуальний розвиток дитини, формується готовність до навчання у школі.

Соціальна ситуація розвитку в дошкільному віці. У ранньому дитинстві малюк відкрив для себе існування дорослих, складний їхній світ. Якраз відокремлення дитини від дорослого створює нову соціальну ситуацію, у якій вона прагне до самостійності. Ця тенденція є природною і постійною. Однак дитина продовжує жити разом з дорослим, входить у його світ. Її основною потребою є участь у житті й діяльності дорослих, оскільки в цьому віці дитина не може реалізувати себе через брак сил, умінь, знань. Тому вона стає дорослою в думках, уяві, орієнтується на нього як на зразок, перебираючи на себе властиву дорослим певну роль, наслідує дорослих, діє, як дорослий, але у формі сюжетно-рольової гри. У дитини з'являються елементарні обов'язки, її зв'язок з дорослим набуває нових форм, що виявляється у заміні спільної діяльності із самостійним виконанням його вказівок.

Істотною особливістю дошкільного віку є виникнення різноманітних стосунків дитини з однолітками, утворення дитячого згрупування. Власній внутрішній позиції дошкільняти стосовно інших людей властиві розвиток усвідомлення власного Я і значущості своїх учинків, величезний інтерес до світу дорослих, їхньої діяльності, стосунків.

Провідна діяльність у дошкільному віці. Особливості соціальної ситуації розвитку дошкільняти виражаються в характерних для нього видах діяльності, передусім у сюжетно-рольовій грі, яка є формою творчої діяльності. Граючись, дитина поєднує в собі роль автора п'єси та актора, декоратора й техніка. У грі вона пізнає світ, стосунки, ролі, поведінку людей, моделює міжособистісні стосунки в ньому, вчиться орієнтуватися в різних сферах людської життєдіяльності, оволодіває правилами та нормами життя. У грі відбувається самопізнання, усвідомлення свого внутрішнього світу, оволодіння першими формами саморегуляції.

Гра є провідною діяльністю дошкільняти не тому, що займає найбільше вільного від сну часу в його житті, а тому, що зумовлює найважливіші зміни у психічних процесах і психічних особливостях його особистості. У ній виникають і диференціюються нові види діяльності, зокрема учіння (цілеспрямований процес засвоєння знань, оволодіння уміннями й навичками), яке готує перехід дитини до наступної стадії розвитку – етапу молодшого шкільного віку.

Свого часу російський психолог Олексій Леонтьєв (1903–1979) відзначив, що причина перетворення гри на провідну діяльність дошкільняти полягає в розширенні усвідомлюваного нею предметного світу. До нього належать не лише предмети, які становлять найближче оточення дитини, з якими вона сама може діяти (посуд, одяг, телефон, телевізор, мобільний телефон, а часом і комп'ютер), а й предмети, дії дорослих, які для неї фізично недоступні (автомобіль, тощо). У сюжетно-рольовій грі можна робити все, що недоступне в реальному житті: самостійно керувати автомобілем, літаком, поїздом, робити покупки, гребти веслами, тощо.

Отже, при переході від періоду переддошкільного до дошкільного дитинства основою трансформації гри є ускладнення предметного середовища, оволодіння яким стає для дошкільника головним завданням.

З історією виникнення гри пов'язані іграшки, яких не знали первісні люди. Це свідчить, що гра виникла на певному етапі історичного розвитку суспільства, на якому дитина зайняла важливе місце в системі суспільних відносин і міжособистісних стосунків. Як відомо, у 3–5-річних дітей виявляється сильна тенденція до самостійності, активної участі у житті дорослих. На ранніх історичних етапах, у первісному суспільстві, коли знаряддя праці були дуже примітивними, малюк міг задовольняти цю потребу своєю участю у спільній праці з дорослими (збір ягід, коренів, риболовля, тощо). З розвитком суспільства, цивілізації, ускладненням знарядь праці змінювалося місце дитини в системі суспільних відносин. І якщо на певних етапах історичного розвитку вона ще могла працювати поряд із дорослими, використовуючи менші за розміром, однак незмінні за зовнішніми формою і функцією знаряддя праці (маленьку лопату, маленький лук, тощо), то сучасна дитина неспроможна це зробити, оскільки сучасні іграшки є здебільшого моделями знарядь праці, подібними до справжніх тільки зовнішнім виглядом (маленький трактор).

У філогенезі і в онтогенезі дитини розширюється усвідомлюваний нею світ, постає потреба участі в діяльності дорослих, яка для неї є недоступною. Тоді й виникає уявна ситуація, у якій малюк начебто відтворює дії, поведінку, стосунки дорослих. Така діяльність є рольовою грою.

Рольова гра – діяльність, у якій діти беруть на себе ролі дорослих людей і узагальнено, у спеціально створених ігрових умовах відтворюють їхні дії і стосунки між ними.

У рольових іграх діти використовують різноманітні ігрові предмети, що замінюють реальні предмети діяльності дорослих. Як феномен, рольова гра є соціальною за своєю природою, походженням і змістом. Вона розгортається, за твердженням Д. Ельконіна, від конкретної предметної дії до узагальненої рольової: їсти ложкою, годувати ложкою ляльку, як мама, – такий схематичний шлях до рольової гри.

Основною одиницею розгорнутої форми ігрової діяльності є роль і органічно пов'язані з нею дії. У ролях втілюються сюжет (сфера діяльності, яку діти відображають у грі) і зміст (те, що відтворюється малюком як характерний момент діяльності дорослих і стосунків між ними) гри.

Розвиток гри протягом дошкільного віку відбувається за такими напрямками:

1. Зміна сюжету ігор. Для різних народів характерні особливі сюжети. Одночасно їм властиві спільні тенденції розвитку: від ігор на побутовий сюжет («доньки – матері» у молодших дошкільнят) до ігор з виробничим сюжетом («лікарня», «залізниця», «школа» у середніх дошкільників), а далі – із суспільно-політичним сюжетом («війна», «парламент» у старших дошкільнят). Це дає дітям змогу відтворювати найрізноманітніші особливості людської діяльності, залучати в гру будь-яку кількість ровесників, тобто відтворювати ширшу систему стосунків. У грі дошкільник відкриває для себе відмінності між моральними й аморальними вчинками, оскільки він грається в реальне життя.

2. Зміна об'єкта гри. У дошкільному віці гра розвивається від відтворення дій із предметами (миття посуду, випікання пасочки, малювання писанки, одягання ляльки – в молодшому дошкільному віці) до відтворення стосунків між дорослими (у середньому дошкільному віці), а в старшому дошкільному віці головним стає виконання правил відповідно до взятої на себе ролі. Кожна роль відповідає перейнятим зі сфери стосунків дорослих правилам. Діти охоче підпорядковуються їм або роблять це під впливом зауважень ровесників («так не буває», «це робиться не так»).

3. Зміна відношення між уявною ситуацією і правилом. На перших порах правило гри приховане за роллю. З урахуванням цього Л. Виготський стверджував, що всі ігри з правилами виникли з ігор в уявній ситуації. При цьому простежується тенденція, за якою зі згортанням уявної ситуації розгортається правило.

4. Зміна характеру перенесення значень з одного предмета на інший. У молодшому дошкільному віці для дитини важлива зовнішня подібність іграшки з реальним предметом. Пізніше подібність поступово втрачає свою важливість.

5. Зміна дій. З розвитком ігрової діяльності дії дитини стають згорнутішими, перетворюються на символічні.

6. Зміна характеру стосунків між дітьми. У грі існують ігрові (ставлення дітей одне до одного як до ролей) і реальні (взаємини дітей між собою) стосунки. На перших порах провідними є реальні стосунки, які поширюються і на розподіл ролей у грі. Із часом реальні стосунки стають усе більше підпорядкованими ігровим.

У психічному розвитку дитини грі належить особливо важлива роль. Вона формує її здатність до довільної діяльності й поведінки, символічних заміन, саморегуляції, тренує пам'ять, розвиває сприймання, мислення, фантазію, здатність до спілкування, волю. Гра сприяє фізичному розвитку дитини, створює його перспективу. Як стверджував Л. Виготський, «у грі дитина завжди вища від свого середнього віку, вища від своєї звичайної повсякденної поведінки; вона в грі ніби на голову вища від самої себе. Гра конденсовано містить у собі, як у фокусі збільшувального скла, всі тенденції розвитку; дитина в грі ніби пробує зробити стрибок над рівнем своєї звичної поведінки».

У процесі ігрової діяльності зароджуються та виокремлюються нові види діяльності дошкільняти. Типовою для цього віку є художня діяльність, яка диференціюється на малювання, ліплення, конструювання, виготовлення аплікацій, танці, заняття з музики, слухання казок, читання віршів, драматизацію. Малювання, ліплення, виготовлення аплікацій, конструювання є продуктивною, спрямованою на отримання кінцевого продукту (малюнка, зліпленої фігурки, тощо) діяльності.

Дитячі малюнки мають певні особливості. Чим розвиненіші в дошкільника сприймання, спостережливість, чим ширший запас його уявлень, тим повніше і точніше він відображає у своїй творчості дійсність, тим багатшими будуть його малюнки-фантазії. Ця діяльність не лише пов'язана з рівнем розвитку психічних процесів, а й відображає рівень розвитку особистості загалом. У малюнку дошкільник не лише виявляє рівень пізнання світу, а й виражає емоційне ставлення до оточення. Попросивши його намалювати предмети, сюжети за власним уподобанням, можна побачити, що цікавить, захоплює його, чому він надає перевагу. Спостерігаючи за тим, кого із членів сім'ї намалює

дошкільник першим, яких розмірів персонажі малюнків, де розміщує себе, які кольори використовує, можна певною мірою з'ясувати атмосферу в сім'ї, ставлення його до найближчих людей.

Навіть за мінімальних здібностей дитини до малювання цей процес позитивно впливає на його розвиток, оскільки він активізує мислення, тренує пам'ять, розвиває уяву, наполегливість, посидючість, вчить акуратності в роботі, вправляє руку, що дуже важливо у підготовці до шкільного навчання.

У дошкільному віці починають готувати дитину до майбутнього трудового життя. Передусім зосереджуються на формуванні у неї таких психологічних передумов майбутньої трудової діяльності, як уміння діяти відповідно до обставин та вимог інших людей, проектувати свої дії; здатність до самоконтролю та самооцінки; довільні рухи руки; рухові навички.

У молодшому дошкільному віці праця має характер наслідування. Дитина спершу копіює роботу дорослого, а потім починає співробітничати з ним у ролі помічника. На цьому етапі важливо, щоб вирішальним моментом у трудовому зусиллі була не її зацікавленість, а користь для інших людей, майбутній результат. Тоді навіть найнеприємніша робота буде приносити їй радість. Для формування інтересу до трудової діяльності необхідно вміло підтримувати позитивні емоції дитини у процесі праці.

На етапі старшого дошкільного віку відбувається ускладнення трудової діяльності дітей за обсягом, видами, змістом, ставленням до неї і спрямованістю. Переважає праця, пов'язана із самообслуговуванням, виконанням доручень дорослих, посильна допомога дорослим, виготовлення саморобок.

У процесі гри, художньої діяльності, праці дитина засвоює знання про себе, опановує різноманітні навички. Однак засвоєння системи теоретичних понять як форми суспільного досвіду відбувається тільки у процесі організованої навчальної діяльності. Оскільки дошкільник незабаром стане школярем, основною діяльністю якого є навчання, необхідно підготувати його до цього. Ця робота передбачає:

- формування вміння усвідомлено виокремлювати спосіб дій;
- оволодіння загальними способами дій, які дають змогу розв'язувати практичні, пізнавальні завдання, виокремлювати нові зв'язки і відношення;
- розвиток уміння самостійно знаходити способи вирішення практичних і пізнавальних завдань;
- опанування навичок контролю за способом виконання дій та їх оцінювання.

Психолого-педагогічні дослідження свідчать про доцільність починати підготовку до навчальної діяльності з формування умінь контролювати та оцінювати свої дії.

Молодші дошкільнята, як відомо, мають початковий рівень розвитку навчальної діяльності. Їхня розумова діяльність ще не є цілком усвідомленим процесом, оскільки, використовуючи знання, вміння, навички, вони не відчують потреби в них.

Діти середнього дошкільного віку виявляють готовність до засвоєння знань, вирішення пізнавальних завдань, безпосередньо не пов'язаних з умовами їхнього життя та ігровою діяльністю. У цьому віці навчання обслуговує їхні практичні потреби.

У старшому дошкільному віці діти виявляють здібності до розумових і вольових зусиль. Їх уже не захоплюють прості ігри та іграшки, у них підвищуються допитливість, інтерес до знань і розумової діяльності, з'являється вимогливість до себе та інших. На цій основі формується здатність розв'язувати різноманітні пізнавальні завдання. Це вміння є важливим критерієм успішної навчальної діяльності, воно повинне сформуватися наприкінці дошкільного періоду.

Новоутворення дошкільного віку. Протягом дошкільного віку у психіці дитини виникають особливо важливі для її подальшого життя новоутворення. Зокрема, починає розвиватися творча діяльність, яка виражається у здатності перетворювати навколишню дійсність, створювати нове. Творчі здібності у дітей виявляються в конструкційних іграх, технічній і художній творчості.

Формуються у дошкільників і розумові дії та операції, які стосуються розв'язування пізнавальних та особистих завдань. Тоді в дитини з'являється внутрішнє, особисте життя, спершу в пізнавальній сфері, а потім і в емоційно-мотиваційній. Для її пізнавальних процесів характерний синтез зовнішніх і внутрішніх дій, об'єднаних у єдину інтелектуальну діяльність. У сприйманні він представлений перцептивними діями; в увазі – вмінням керувати й контролювати зовнішній і внутрішній плани дій; у пам'яті – об'єднанням зовнішнього і внутрішнього структурування матеріалу під час його запам'ятовування і відтворення; у мисленні – об'єднанням у цілісний процес наочно-дієвого, наочно-образного і словесно-логічного способів розв'язання практичних завдань.

У дошкільному віці уява, мислення та мовлення тісно пов'язані. Їх синтез породжує здатність творити образи та довільно маніпулювати ними за допомогою мовних самоінструкцій. Це означає, що у дитини виникає і починає успішно функціонувати внутрішнє мовлення як засіб мислення, з'являється опосередкована певними уявленнями довільна поведінка. Одночасно завершується процес опанування мови як засобу спілкування, що створює основу для активізації виховання і розвитку дитини як особистості. У процесі виховання відбувається засвоєння необхідних моральних норм, форм і правил культурної поведінки. Усвідомлені малюком норми і правила починають керувати його поведінкою, перетворювати його дії на довільні та морально регульовані вчинки. Це засвідчує появу довільної моральної саморегуляції.

У дошкільному віці виникають первинні моральні настанови, передусім розрізнення того, що є добрим і поганим. Вони формуються разом з естетичними, тому для малюків красиве не може бути поганим. Дитина цього віку вже не може жити у безладі. Усе, що бачить, вона намагається впорядкувати, збагнути закономірні відношення навколишнього світу, що є свідченням виникнення первинного, хоча ще схематичного дитячого світогляду.

Розвиток мовлення в дошкільному віці. Діти засвоюють мову дуже швидко. Їхній словниковий запас зростає не тільки за рахунок іменників, а й дієслів, займенників, прикметників, числівників. До 6-ти років він у середньому охоплює 14 тис. слів. Паралельно вони оволодівають умінням сполучати слова у речення за законами граматики, у 4–5-річному віці без спеціального навчання засвоюють елементарні правила граматики і синтаксису рідної мови.

Розвиток мовлення відбувається у процесі вдосконалення практичного використання мови у спілкуванні з іншими людьми. Водночас мовлення стає основою перебудови психічних процесів, знаряддям мислення. Засвоєння мови супроводжується великою активністю дитини. У дошкільному віці вона є найчутливішою до мовних явищ. Одночасно з орієнтацією на зміст слів вона виявляє неабияку цікавість до звукової форми слова, часто спеціально змінює слова, творить нові.

На 5-му році життя дошкільники намагаються усвідомити значення слів і пояснити їх будову. Діти старшого дошкільного віку вже відрізняють слова на позначення існуючих предметів від слів, які складаються із довільного набору літер (наприклад, «яблуко» і «яко»). Однак вони ще не усвідомлюють, що слова взяті для позначення об'єктів не у зв'язку з певною необхідністю, а довільно. На запитання, чи можна назвати собаку коровою, а корову собакою, дошкільник швидше за все відповість: «Ні, собаки гавкають, а корови дають молоко». Як стверджує Л. Виготський, дитина думає, що назва об'єкта належить йому «від природи».

Цілковите розуміння значень слів приходить до дітей лише через кілька років, коли ці слова вони починають активно використовувати у своєму лексиконі. Це означає, що у дошкільників використання слова випереджає його розуміння. На цю обставину першим звернув увагу Ж. Піаже, за спостереженнями якого діти 4-6 років правильно вживають слова «більше» і «менше». Однак під час з'ясування, чи розуміють вони, що кількість води не зміниться, якщо її перелити з однієї склянки в іншу, вищу й вужчу, було виявлено,

що на цьому етапі розвитку мовне навчання не допомогло їм засвоїти кількісні поняття. На основі цього і подібних експериментів було зроблено висновок, що мова не є основним чинником розумового розвитку.

У мисленні і вмінні вирішувати смислові проблеми слова відіграють важливу, але не найголовнішу роль. Так, глухі діти справляються з багатьма видами пізнавальних завдань і вирішують більшість комунікативних та інших проблем не гірше, ніж діти, якічують. Можливо, вони спираються на невербальні системи символів – образи, зображальні форми.

Більшість психологів погоджується з тим, що когнітивний розвиток є основою мовленнєвого. Для спілкування на відповідному рівні дошкільникам потрібно мати певні знання про навколишній світ, елементарне розуміння чужих і особистих можливостей. У свою чергу мова сприяє засвоєнню нової інформації, запам'ятовуванню, розв'язуванню пізнавальних, мислительних завдань. Знання її допомагає дітям з'ясувати суть понять, не пов'язаних з фізичними властивостями об'єкта.

Психолінгвісти стверджують, що мова має першочергове значення у засвоєнні дітьми соціальних понять, пов'язаних зі статусом і роллю (наприклад, приятель, друг, учитель, тітка, дядько, лікар). Дошкільники оволодівають ними, спостерігаючи за соціальною взаємодією, стилем мовлення дорослих, сприймаючи зміст їхньої розмови. Частково опанувавши мову, дитина вже здатна словесно сформулювати правила, які керують її діями у різних ситуаціях.

Важливе значення для психічного розвитку дошкільника має комунікативна функція мови, яка полягає у використанні мови як засобу спілкування. Як відомо, діти починають спілкуватися ще до того, як навчаться говорити. З розвитком мовлення їхнє спілкування стає досконалішим. Його ефективність залежить не тільки від знання граматичних правил і значень, але й від навичок висловлювання певної думки у відповідній ситуації. Вміння розмовляти ґрунтується на таких соціальних навичках, як послідовність говоріння; враховування досвіду, вмінь, інтересів і потреб співрозмовника; уникнення домінування в розмові і перебивання співрозмовників; вияв уваги та готовність продовжити спілкування невербальними засобами (поглядом, жестом, тощо).

На думку Ж. Піаже, раннє мовлення ще не є комунікацією, воно має егоцентричний характер. Малюки, стверджував він, не розуміють, що погляд співрозмовника може відрізнитися від їхнього. Їх мовлення нагадує роздуми вголос, завдяки яким вони описують свої дії, беруть участь у «груповому монолозі», у якому дотримуються своєї лінії розмови і майже не реагують на зауваження співрозмовників. І лише у 6–7 років егоцентричне мовлення змінюється соціальним, яке вже враховує позицію співрозмовника й уможливорює справжній діалог. Пізніші дослідження засвідчили, що Ж. Піаже певною мірою недооцінив уміння маленьких дітей спілкуватися, адже багато з них у 4-річному віці вже виявляють уміння регулювати розмову відповідно до потреб співрозмовників.

З розвитком когнітивних навичок, розширенням знань про навколишній світ у дітей вдосконалюється і спілкування. Вони навчаються слухати, часто вловлюють у повідомленнях багатозначність і обходяться без її тлумачення іншими.

Загалом, комунікативно-мовленнєвий розвиток дошкільника відбувається на таких рівнях:

- а) поведінковий рівень (оволодіння мовленнєвою поведінкою), особливостями якого є: спрямування уваги на партнера по спілкуванню, настанова на реакцію-відповідь; володіння різноманітними експресивно-мімічними засобами спілкування; вміння налагоджувати міжособистісні контакти;
- б) когнітивно-лінгвістичний рівень (розвиток понятійної свідомості), який характеризують:
 - розуміння просторово-часових ознак ситуації спілкування (значення слів, що характеризують місце, час, зміст взаємодії);
 - усвідомлення емоційного змісту ситуації спілкування (значення слів, що характеризують емоційний стан людини);

- розуміння дійових осіб у грі, праці (значення слів, що характеризують людину);
- збагачення словникового запасу (різноманітне і точне використання лексики, що відповідає ситуації і змісту спілкування);
- граматична правильність мовлення;
- фонетичний розвиток (вимова звуків, дикція, сила голосу, паузи, наголос);
- в) особистісний рівень (регулювання мовленнєвої взаємодії), свідченням якого є:
- прагнення до розгорнутості, логічності й зв'язності висловлювання, розповіді;
- керування мовленням, його зміна відповідно до розвитку ситуації;
- удосконалення характеру продукованого тексту (враховуючи ситуацію, досвід, творчий підхід);
- самооцінка в дії, що визначає тип комунікативної позиції у спілкуванні;
- ціннісні орієнтації, пов'язані з людиною (оцінка співрозмовника, безоцінне сприймання іншої людини);
- потреба в міжособистісному спілкуванні, широта й дієвість його мотивів.

Комунікативно-мовленнєвий розвиток на четвертому році життя полягає у продовженні засвоєння дитиною експресивно-мімічних, паралінгвістичних (невербальні: жести, міміка, рух, тощо; парамовні: інтонація, ритміка, мелодика та ін.) мовних засобів. Вона розуміє мову без наочності, уважно слухає казки, усвідомлює їх зміст, за допомогою дорослого охоче переказує їх. У спілкуванні молодші дошкільники користуються простими і складними (складнопідрядними) реченнями, виявляють ініціативу та активність.

На п'ятому році життя дитина починає оволодівати різними модифікаціями темпу й сили голосу, дикцією та виразністю мовлення. Обсяг побутової лексики наближається до її обсягу в дорослої людини. Словниковий запас становить майже 5 тис. слів. Дошкільник вчиться правильно узгоджувати слова, використовує поширені речення, його висловлювання адекватні ситуації мовлення. Він відповідає на запитання, ставить зустрічні, самостійно робить прості пояснення, наводить докази, переказує казки і розповіді, з незначною допомогою дорослого складає описові й оповідні висловлювання.

У 6–7 років адекватними ситуації є темп і сила голосу, правильно поставлена дикція, урізноманітнюються засоби виразності мовлення, збагачується обсяг побутової лексики, відбувається активне оволодіння видовими, родовими та образними поняттями. Словниковий запас досягає 5–6 тис. слів. У цьому віці дошкільник уміє узгоджувати слова за всіма граматичними категоріями, використовує всі типи речень (прості, поширені, складносурядні й складнопідрядні). Його висловлювання адекватні конкретним комунікативним ситуаціям і позаситуативному спілкуванню.

Діти старшого дошкільного віку самостійно придумують казки, розповіді, використовують різноманітні виражальні засоби, зацікавлено сприймають чужі аргументи, докази і самі ними послуговуються. Вони виявляють ініціативу в спілкуванні: діляться враженнями з ровесниками, ставлять запитання, залучають ровесників і старших до спілкування. Старші дошкільники навіть зауважують мовні помилки ровесників, виправляють їх, користуються простими поняттями. їхнє мовлення чисте, граматично правильне, виразне.

Особливості сенсорного розвитку дошкільника. Сенсорний розвиток дошкільняти передбачає засвоєння уявлень (образів) про різноманітні властивості й відношення предметів і явищ, опанування нових дій сприйняття, які дають змогу повніше й розчленованіше сприймати навколишній світ. Як відомо, уже в ранньому віці дитина має певний запас уявлень про різноманітні властивості предметів, деякі з них починають відігравати роль зразків, з якими вона порівнює властивості нових предметів у процесі їх сприйняття.

У дошкільному дитинстві відбувається перехід від застосування предметних зразків, які є результатом особистого сенсорного досвіду, до використання загальноприйнятих сенсорних еталонів – вироблених людством уявлень про основні варіанти кожного виду

властивостей і відношень (кольорів, форм, розмірів предметів, їх розташування у просторі, висоти звуків, тощо). Наприклад, при сприйнятті форми еталонами є уявлення про геометричні фігури (коло, квадрат, трикутник, тощо), при сприйнятті кольору – уявлення про сім основних кольорів спектру, при сприйнятті простору – уявлення про напрямки (ліворуч, праворуч, попереду, позаду), при сприйнятті часу – уявлення про минуле, теперішнє, майбутнє (вчора, сьогодні, завтра), тривалість часових періодів (день, доба, тиждень, місяць, пора року, рік).

Необхідні умови для опанування загальноприйнятих еталонів уперше створюються під час продуктивних видів діяльності. Коли перед дитиною ставлять завдання відтворити на малюнку, аплікації, в конструкції певний предмет, вона старається зіставити особливості цього предмета з особливостями наявного матеріалу. Ускладнення продуктивних видів діяльності зумовлює засвоєння дитиною нових еталонів, більшість із яких вона опановує до 4–5 років.

Певні особливості має сприйняття дошкільнятами величини. Вони засвоюють уявлення про відношення між предметами за розміром. Ці відношення ґрунтуються на порівнянні їх розмірів (великий, малий, дуже великий, тощо).

Засвоєння сенсорних еталонів є одним з аспектів розвитку орієнтації дитини у властивостях предметів. Другий аспект полягає в удосконаленні дій сприйняття (перцептивних дій). Протягом дошкільного дитинства формуються три основні види дій сприйняття: ідентифікація, відношення до еталона та моделювання. Відмінність між цими діями обумовлюється співвідношенням між властивостями предметів, які дитина сприймає, та еталонами, з допомогою яких ці властивості позначаються.

Перцептивні дії ідентифікації (позначення) виконують за умови, що властивість сприйнятого предмета повністю збігається з еталонами. Вони полягають у виборі відповідного еталона і встановленні ідентичності предмета (м'яч круглий).

Перцептивні дії відношення до еталона виконуються тоді, коли властивості сприйнятого предмета не збігаються з відомим дитині еталонами. Вони полягають у з'ясуванні певних (часто несуттєвих) властивостей предмета і встановленні його ідентичності до еталона (чорний предмет – собака).

Перцептивні дії моделювання діти здійснюють у процесі сприйняття об'єктів зі складними властивостями, які взагалі можуть бути з'ясовані не з допомогою одного еталона, а з використанням двох або й більше їх (наприклад, форма одноповерхового будинку).

У процесі побудови дошкільником моделей певних предметів у грі та їх порівняння з іншими предметами формується вміння розрізняти складну форму, а моделювання стає способом аналізу форми предмета. Зовнішні дії з моделювання предметів складної форми інтеріоризуються (переходять у внутрішній план), і в дітей формується моделююча дія сприйняття.

Уявлення про предмет і його властивості виникає раніше, ніж уявлення про простір, і є його основою. Дальший розвиток орієнтації в просторі полягає в тому, що діти починають розрізняти відношення між предметами (один предмет за іншим, перед іншим, зліва, справа від нього, між іншими предметами, тощо). Тільки наприкінці дошкільного віку (не у всіх дітей) формується уявлення про простір, що не залежить від місцезнаходження дитини, точки відліку.

Орієнтування у часі спричинює для дошкільника більше труднощів, ніж орієнтування у просторі, оскільки із часом неможливо здійснювати дії: будь-які дії відбуваються в часі, а не із часом. Уявлення про час пов'язане із засвоєнням його конкретних параметрів (година, хвилина, секунда). Зробити це не так легко, оскільки ці параметри є умовними і відносними.

У дошкільному віці дитина не орієнтується в часі. Невеликі його відрізки вона вчиться виокремлювати на основі власної діяльності, зважаючи на те, що за певний час можна зробити, який результат отримати.

Розумовий розвиток дошкільника. Основними показниками розумового розвитку дошкільників є розвиток мислення, уваги, пам'яті, уяви.

Розвиток мислення дошкільника. У дошкільному віці діти починають пізнавати світ за допомогою мислення – суспільно зумовленого психічного процесу, який полягає в узагальненому й опосередкованому відображенні дійсності. Його розвиток у дошкільнят залежить від розвитку уяви. Дитина механічно замінює у грі одні предмети іншими, надаючи їм невластивих, але окреслених правилами гри нових функцій. Пізніше предмети вона замінює їх образами, у зв'язку із чим відпадає необхідність практичної дії з ними.

Основними напрямками розвитку мислення в дошкільному дитинстві є вдосконалення його наочно-образності, пов'язаної з уявленням ситуацій і їх змін на основі уяви, довільної та опосередкованої пам'яті; початок активного формування словесно-логічного мислення (використання понять, логічних конструкцій) шляхом використання мови як засобу формулювання і розв'язання інтелектуальних завдань.

Якщо в ранньому дитинстві мислення здійснюється у процесі предметних дій, то у дошкільника воно починає випереджати практичні дії, оскільки він уже навчається переносити раніше засвоєний спосіб дії на іншу, не тотожну першій, ситуацію.

У дошкільному віці дитина розв'язує життєві завдання трьома способами: наочно-дійовим (реальне випробування властивостей предметів), наочно-образним (оперування конкретними образами предметів і ситуацій) і завдяки логічним судженням з опорою на поняття. Чим вона старша, тим рідше використовує практичні спроби і частіше наочно-образні, а пізніше й логічні способи.

Основою розвитку мислення дошкільняти є формування розумових дій. Вихідним пунктом цього формування є реальна дія з матеріальними предметами. Потім дошкільник вдається до дій з реальними матеріальними предметами у внутрішньому плані, з їх образами. Наприклад, якщо дитині кажуть, що в неї є 2 яблука, і запитують, скільки в неї буде яблук, якщо їй дадуть ще одне, то їй уже не потрібно реально переставляти яблука і лічити їх, цю дію вона може здійснити в образній формі. Далі внутрішні дії стають згорнутими. Наприклад, якщо дитині кажуть, що в неї є три цукерки, і запитують, скільки в неї буде цукерок, якщо їй дадуть ще 2, вона відразу може сказати, що 5, не вдаючись до послідовного виконання в уяві дій: $3+1+1=5$. І, нарешті, дитина починає виконувати цілком внутрішні дії, у яких реальні предмети замінені уявленнями та поняттями. Отже, шляхом інтеріоризації зовнішніх дій виникають наочно-образний і логічно-понятійний види мислення.

На вищих етапах розвитку мислення, зокрема у процесі логічно-понятійного, розумові дії здійснюються за допомогою внутрішнього мовлення, використання різних знакових систем. Однак дошкільник у процесі мислення оперує не стільки знаками, скільки образами, які або відображають конкретні предмети, або є більш чи менш узагальненими і схематизованими. При цьому він уявляє собі розв'язання завдання як ряд розгорнутих дій із предметами чи їх заміниками.

За результатами досліджень Ж. Піаже, особливостями дитячого мислення є відсутність зворотності (можливості, простеживши будь-яке перетворення, здійснити його подумки у зворотному напрямі, відновивши вихідне положення) і вплив наочної ситуації на процес розв'язання завдання. Образ сприйняття виявився домінуючим над слабшим, нестійким уявленням.

Однак попри те, що в окремих випадках образне мислення дошкільника неточне і супроводжується помилками, воно є могутнім інструментом пізнання навколишнього світу, забезпечує створення узагальнених уявлень дитини про речі та явища. Це сповна виявляється у процесі дошкільного навчання.

Сучасні дослідження засвідчили, що багато особливостей мислення дошкільнят, які раніше вважалися невід'ємними ознаками віку, спричинені умовами їхнього життя і діяльності та можуть бути змінені внаслідок використання іншого змісту і методів

дошкільного навчання. Так, конкретність (прив'язаність до конкретного випадку) дитячого мислення зникає, поступаючись місцем узагальненим формам суджень, якщо дитину ознайомлюють не з окремими предметами та їх властивостями, а із загальними зв'язками і закономірностями явищ дійсності. Діти п'яти-шести років легко засвоюють знання про деякі загальні фізичні властивості, стани тіл, про залежність будови тіла тварин від умов їх існування, про співвідношення цілого і частин, тощо, використовуючи ці знання у своїй розумовій діяльності. За відповідних умов навчання (поетапного формування розумових дій) дошкільники оволодівають поняттями і способами логічного мислення.

Можливість опанувати в дошкільному віці логічні операції, здатність до засвоєння понять не означає, що це повинно бути основним завданням розумового виховання дітей. Ним є розвиток наочно-образного мислення, для якого дошкільний вік найбільш сенситивний і який має велике значення для майбутнього життя, оскільки є невід'ємною складовою будь-якої творчої діяльності.

Розвиток уваги дошкільника. У дошкільному віці дитина починає спрямовувати свою психічну діяльність на предмети і явища, які мають для неї важливе значення, цікавлять її. Це є свідченням певного рівня розвитку її уваги – спрямованості й зосередженості свідомості на певному предметі, явищі, тощо. Увага як процес і етап налаштування дитини на сприйняття значущої інформації і виконання поставлених завдань у дошкільному віці відображає її інтерес до навколишніх предметів і дій, які вона виконує. Малюк зосереджений тільки до тих пір, поки не згас його інтерес. З появою, наприклад, нового предмета увага переключається на нього. Тому діти рідко тривалий час займаються однією справою.

Упродовж дошкільного віку у зв'язку з ускладненням діяльності дітей та їх поступом у загальному розвитку увага стає більш зосередженою і стійкою. Якщо молодші дошкільнята можуть грати в одну гру 30–50 хв., то в 5–6 років тривалість її збільшується до 2-х годин. Це зумовлено тим, що в їхній грі відтворюються складніші дії і взаємини людей, інтерес до неї підтримується постійною появою нових ситуацій.

Основна зміна у процесі розвитку уваги дошкільнят полягає в тому, що вони вперше починають керувати нею, свідомо спрямовувати її на предмети та явища. Витоки довільної уваги (уваги, яка свідомо спрямовується і підтримується) лежать поза особистістю дитини. Це означає, що сам по собі розвиток мимовільної уваги (виникає і підтримується незалежно від свідомих намірів) не спричинює виникнення довільної уваги. Вона формується завдяки включенню дорослими дошкільника у нові види діяльності, спрямуванню й організовуванню його уваги, у результаті чого дитина пізнає способи, використовуючи які, вона надалі починає сама керувати своєю увагою.

Формування довільної уваги в дошкільному віці пов'язане також із загальним зростанням ролі мови в регуляції поведінки малюків. Планувальна функція мови допомагає заздалегідь зосереджувати свою увагу на потрібній діяльності, словесно формулювати завдання, на які слід орієнтуватися. Хоч у дошкільників і починає розвиватися довільна увага, мимовільна увага переважає протягом усього дошкільного дитинства.

Розвиток пам'яті дошкільника. У дошкільному віці відбувається інтенсивний розвиток здатності до запам'ятовування і відтворення. Якщо людині важко чи майже неможливо згадати що-небудь із раннього дитинства, то дошкільне дитинство, особливо старший дошкільний вік, залишає багато яскравих спогадів. Пам'ять дошкільняти, як правило, має мимовільний характер. Запам'ятовування і пригадування відбуваються незалежно від волі та свідомості, вони реалізуються у діяльності, зумовлюються нею. Довільні форми запам'ятовування і відтворення, що починають складатися у середньому дошкільному віці, суттєво вдосконалюються у старших дошкільнят. Найсприятливіші умови для опанування довільного запам'ятовування і відтворення формуються у грі, коли запам'ятовування є умовою виконання дитиною взятої на себе ролі.

У деяких дошкільників розвивається ейдетична (грец. *eidos* – образ) пам'ять – особливий вид зорової пам'яті, який полягає у запам'ятовуванні, фіксуванні і збереженні у всіх деталях образів предметів і ситуацій після їх сприйняття. Її образи за своєю яскравістю і чіткістю наближаються до образів сприйняття. Згадуючи раніше сприйняті предмети, дитина ніби знову бачить їх, може описати їх зі всіма деталями. Ейдетична пам'ять – явище вікове. Багато дітей у шкільному віці втрачають її.

Розвиток уяви дошкільника. Дитина дошкільного віку вже здатна уявляти, тобто створювати образи тих предметів і явищ, яких вона безпосередньо не бачила. Як психічна діяльність, що полягає у створенні уявлень, ситуацій, які в дійсності не сприймалися людиною, уява пов'язана зі знаковою функцією свідомості – кодуванням візуальної інформації з допомогою схем, фігур і більш складних умовних знаків. Розвиток знакової функції свідомості відбувається за такими лініями:

а) заміщення одних предметів іншими та їх зображеннями, а далі – використання мовних, математичних та інших знаків, оволодіння логічними формами мислення;

б) поява й розширення можливостей доповнювати і заміщувати реальні речі, ситуації, події уявними, вибудовування з уявлень нових образів.

Уява дитини формується у грі. На перших етапах вона невіддільна від сприйняття предметів та виконання з ними ігрових дій. У грі дітей молодшого дошкільного віку суттєве значення має тотожність предмета-замінника з предметом, який він заміняє. Старші дошкільники можуть уявляти предмети, зовсім несхожі з предметами заміщення. Поступово потреба у зовнішніх опорах зникає. Відбувається інтеріоризація – перехід у грі до уявної дії з предметом, якого насправді немає, а також до ігрового перетворення предмета, надання йому нового змісту та уявних дій з ним. Сформувавшись у грі, уява переходить і в інші види діяльності дітей (малювання, створення казок, віршків).

Перетворення дійсності в уяві дитини відбувається шляхом комбінування уявлень, надання предметам нових властивостей. Дошкільники можуть уявляти предмети, перебільшуючи або применшуючи їх. Побутує думка, що дитина має багатшу уяву, ніж дорослий, оскільки вона фантазує з найрізноманітніших причин. Однак ця думка є суперечливою. Дитина може уявити собі набагато менше, ніж дорослий, тому що має обмежений життєвий досвід, а значить, і менше матеріалу для уявлень.

Розвиток особистості дошкільника. На формування особистості дошкільника впливають основні види діяльності, які він виконує, розвиток мовлення та пізнавальної сфери, але найважливіше значення у цьому процесі мають розвиток самосвідомості й самооцінки, спонукальної сфери, динамічної і змістової сторін емоцій та почуттів.

Розвиток самосвідомості й самооцінки дошкільника. Особливу роль у розвитку особистості дитини в дошкільний період відіграють люди, що її оточують, передусім батьки. Дошкільник стає самостійнішим, більш незалежним, ніж раніше, від дорослих, розширюються та ускладнюються його взаємини з оточенням, а це відкриває йому значні можливості для глибшого самоусвідомлення, оцінювання себе та інших. Отже, розвиваються його самосвідомість і самооцінка.

На 4-му році життя дитина знає своє ім'я, прізвище, стать, вік, ставить запитання про себе, свій організм, позитивно відгукується про себе. Через рік починає усвідомлювати свої вміння, знання, оволодіває уявленнями про деякі особливості свого організму, призначення органів. Малюк усвідомлює свої стани, бажання, настрої, вміє ідентифікувати свої дії з діями інших людей («Я... так само, як...», «Ми... з... вміємо...»).

У старшому дошкільному віці поглиблюються уявлення про себе, виникають почуття самоповаги, власної гідності, розвиваються вміння самоконтролю та саморегулювання дій і стосунків з оточуючими, ієрархія мотивів. Дитина у словесній формі виражає свої переживання, настрої, почуття («Я мрію», «Мене хвилює», «Я думаю», «Я хочу»). Відбувається усвідомлення свого Я в системі людських стосунків.

Наприкінці дошкільного віку оцінні судження про навколишнє, про себе поступово стають усе повнішими і розгорнутішими. У самооцінці дошкільняти вже знаходять відображення почуття гордості та сорому, виникає активне ставлення до власних емоцій.

Дитина починає орієнтуватися не лише на безпосередні стосунки з дорослими, наявну ситуацію, але й на певні свідомо прийняті завдання, норми, правила. Спілкування набуває цілісного контексту, стає позаситуативним. У стосунках дошкільнят із ровесниками найтипівішим є кооперативно-змагальний рівень спілкування – спілкування, у процесі якого діти стійко прагнуть досягнення загальної ігрової мети, ставлячись до партнерів як до суперників у спільній грі.

Розвиток спонукальної сфери дошкільника. У дошкільному віці активно розвивається спонукальна сфера дитини, свідченням чого є формування мотивів – спонукань до діяльності, пов'язаних із задоволенням потреб людини. До новоутворень у цій сфері належать мотиви, пов'язані з інтересом дітей до світу дорослих, з прагненням бути подібними на них. Вони, як правило, переплітаються з ігровими. Важливим мотивом для дошкільнят є встановлення і збереження позитивних взаємин із дорослими.

На основі прагнення до самоствердження у дітей виникає мотив змагання – прагнення виграти, перемогти, бути кращим. Розвиваються також моральні мотиви, зокрема слухатися старшого, бажання зробити приємне, потрібне іншим людям. Однак діяльність дошкільників спонукається не окремими мотивами, а їх ієрархічною системою, у якій основні та стійкі спонуки поступово набувають провідного значення і підпорядковують собі часткові, ситуативні. Підпорядкування мотивів сприяє усвідомлення дитиною себе як суб'єкта дії. Воно є початком подальшого ускладнення мотивів, їх опосередкування усвідомленням, перебудов протягом усього життя. Передумовою долання власних бажань є не тільки очікування нагороди чи покарання з боку дорослого, а й висловлена дитиною обіцянка (принцип «даного слова»). Так формуються наполегливість і вміння долати труднощі, почуття обов'язку щодо інших людей.

Розвиток динамічної та змістової сторін емоцій і почуттів дошкільника. Розвиток динамічної сторони емоцій і почуттів дошкільника зумовлений формуванням уміння контролювати і регулювати свої емоційні прояви. Змістовий аспект емоцій та почуттів пов'язаний із причинами й об'єктами переживання.

Приблизно в 4 роки у дітей з'являється здатність відрізнити істинні і зовнішні прояви емоцій, причому краще вони розпізнають негативні емоції. Дошкільники вже можуть усвідомлювати правомірність суперечливих емоцій. Породжуються їхні емоції предметним світом і міжособистісними стосунками. Успішний розвиток дитини в цьому віці вимагає бадьорого, життєрадісного настрою, джерелом якого є ласкавість і увага.

У дошкільному дитинстві формуються вищі почуття. Особливі переживання супроводжують ставлення дітей до батьків, спілкування з якими у спільній діяльності живлять радісні емоції. Тривожні переживання викликають конфлікти у сім'ї, суперечки з ровесниками, несправедливе ставлення до них. Дошкільник часто відчуває ревність, якщо йому здається, що братик чи сестричка (у дитячому садку – інша дитина) користується більшою увагою дорослих.

Глибшими стають у цьому віці почуття гордості та самоповаги, які є основою самооцінки дитини, зумовлюють її поведінку. Іноді ці почуття заступають іншу людину, внаслідок чого в дитини формуються самолюбство, егоїзм. Важлива роль у розвитку особистості дошкільника належить естетичним почуттям (прекрасного, гармонії, ритму, божественного).

Найяскравішими інтелектуальними почуттями дошкільників є почуття здивування і допитливості. Успіх у діяльності викликає в них яскраві позитивні переживання, які можуть виявлятися стримано, однак невдача зумовлює бурхливе незадоволення. Пов'язані з діяльністю неприємні переживання часто породжують невпевненість у своїх силах, боязкість стосовно нових завдань.

У дошкільному віці, особливо в другій його половині, проявляється здатність до емпатії. Дітям властива гуманістична (емпатійні переживання, у яких вони емоційно відгукуються на неблагополуччя чи благополуччя іншого у формі радості за іншого, співчуття, співпереживання, жалю) і егоцентрична (переживання страждання, страху, радості у відповідь на сум іншого, а також – суму у відповідь на радість іншого) емпатії. Попри певні типові особливості емоційної сфери дошкільників (яскравість і безпосередність переживань, переважання почуттєвості над іншими сторонами життя), у кожної дитини вона індивідуальна.

Емоційне неблагополуччя дитини, проявляючись у сфері її стосунків з іншими людьми й у світі власних переживань, зумовлює такі види порушень:

- неврівноваженість, швидку збудливість, що проявляються в голосному плачі, вибухах гніву, глибокій ображеності, тощо;
- «легку загальмованість», уникання спілкування;
- агресивність у взаємодії з ровесниками;
- тривожність, що проявляється у переживанні різноманітних страхів.

Головним джерелом гармонійного розвитку емоцій і почуттів дошкільника є сім'я. Розвиток його емоційної сфери відбувається у напрямі ускладнення змісту емоцій, формування емоційної забарвленості (фону) життя, експресивності переживань. Дошкільники активно засвоюють мову почуттів, здатні словами пояснити свій емоційний стан, вчать регулювати його.

Криза семи років. Діти 6–7-річного віку у зв'язку із загальним (психічним та особистісним) розвитком виявляють виразне прагнення посісти нове, значущіше становище в житті, виконувати нову, важливу не лише для них, а й для оточення роботу. Реалізуючи це прагнення, вони вступають у суперечність зі стилем свого життя, їх перестає тішити гра. Дошкільний період закінчується кризою семи років. Вона проявляється у втраті дитячої безпосередності, замкнутості, дещо штучній поведінці дитини, клоунаді, кривлянні й маніженні. Дитина починає диференціювати внутрішню і зовнішню сторони своєї особистості, усвідомлювати зміст своїх переживань (сердита дитина розуміє, що вона сердита), узагальнювати їх. Ще однією ознакою кризи семи років є симптом «гірко-го цукерка», коли дитині погано, але вона цього не показує. Дорослі опиняються перед новими труднощами у вихованні, бо малюк стає важкокерованим, а часом і взагалі некеруваним.

Основою цих проявів є узагальнення переживань. Це означає, що у дитини сформувалося нове внутрішнє життя – життя переживань, яке прямо і безпосередньо не накладається на її зовнішнє життя. Але внутрішнє життя не нейтральне до зовнішнього, воно на нього впливає. Надалі спрямування поведінки здійснюватиметься саме у внутрішньому житті.

Майже всі діти 6-7-річного віку готові до навчання і хочуть іти до школи, у багатьох, однак, переважає зовнішня мотивація: «У мене буде портфель», «Я піду з букетом квітів» та ін. Саме в цьому прагненні закорінені можливості подолання кризи семи років, адже вступ до школи засвідчує перехід до нової, суспільно значущої та суспільно оцінюваної діяльності – навчання. Дуже важливо, щоб ці зміни у житті дитини узгоджувалися з її внутрішньою потребою.

Готовність дошкільника до навчання в школі. Успішний розвиток особистості, ефективність навчання дитини багато в чому залежать від того, наскільки правильно враховано рівень підготовки її до школи. Загалом готовність дитини до навчання у школі передбачає інтелектуальну, особистісну та соціально-психологічну, вольову складові.

Інтелектуальна готовність дошкільника до навчання у школі. Тривалий час рівень інтелектуального розвитку дитини визначали за кількістю виявлених у неї знань, обсягом її «розумового інструментарію», про який свідчить передусім словниковий запас. Однак таких показників недостатньо. На думку А. Усової, дошкільник мусить мати високий рівень наукованості – вміння виокремити навчальне завдання та перетворити

його на самостійну мету пізнавальної діяльності. Це передбачає володіння допитливістю й спостережливістю, здатністю дивуватися та шукати причини виявленої новизни.

Проте не всі дошкільники інтелектуально готові до навчання в школі, причиною чого є обмеженість їхніх інтелектуальних вражень та інтересів. Але вони швидко виконують найпростіші навчальні завдання, якщо їх перевести в практичну площину або гру. Загалом такі діти потребують особливої уваги педагогів.

Особистісна та соціально-психологічна готовність дошкільника до навчання у школі. Підготовка дитини до школи передбачає формування в неї готовності до прийняття нової соціальної ролі – школяра, що виражається у серйозному ставленні до школи, до навчальної діяльності та вчителя.

Як правило, старші дошкільнята відчують великий потяг до школи. Часто їх приваблює зовнішній аспект шкільного життя. Але це не найголовніший мотив. Більшість із них прагне учитися. До учіння вони ставляться як до дуже серйозного завдання («навчуся писати», «навчуся читати»). Якщо дошкільник не готовий прийняти соціальну позицію школяра, то навіть за наявності необхідних умінь і навичок, високого рівня інтелектуального розвитку йому буде важко адаптуватися до шкільного життя. Є діти, які взагалі не хочуть йти до школи. Причиною такого ставлення, як правило, є помилкове виховання дошкільників.

Виникнення позитивного ставлення дитини до школи часто пов'язане зі способом подання дорослими інформації про неї. Важливо, щоб відомості, які діти отримують зі слів дорослих про школу, були не тільки зрозумілими, а й доступними для усвідомлення ними. Особистісна та соціально-психологічна готовність до школи передбачає сформованість у дітей навиків спілкування і взаємодії з ровесниками й дорослими.

Вольова готовність дошкільника до навчання у школі. Під кінець дошкільного віку в дошкільника вже сформовані основні елементи вольової дії – внутрішнього зусилля, необхідного для виконання певної діяльності. Він здатен поставити мету, прийняти рішення, окреслити план дій, виконати його, виявити зусилля для подолання перешкод, оцінити результат своєї дії. За твердженням психологів, які досліджували волю в дітей, у дошкільному віці вони успішніше досягають мети за наявності ігрової мотивації, коли їх поведінку оцінюють однолітки (командна гра).

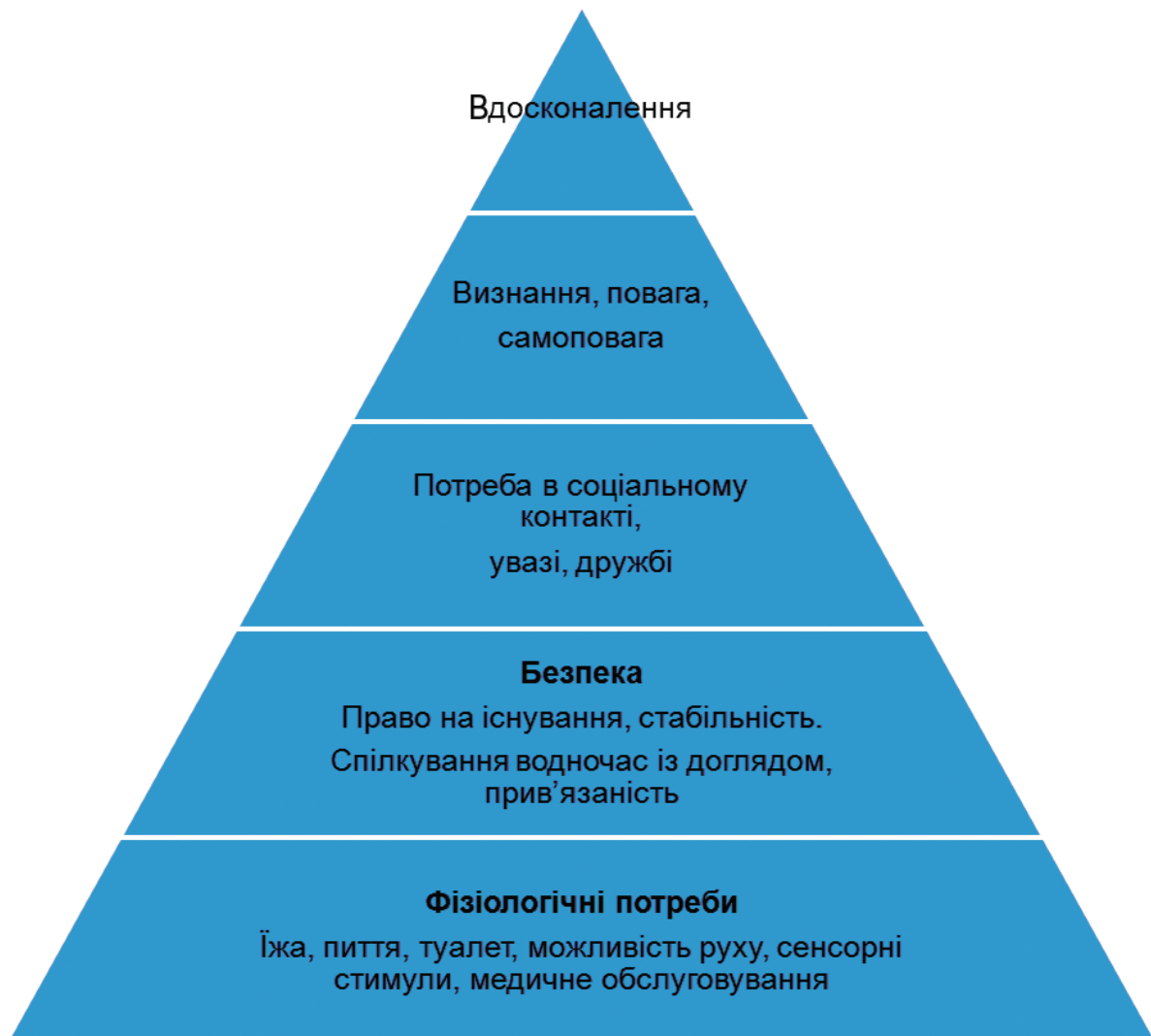
Про вольову готовність дошкільників свідчить високий рівень довільності їхніх рухів і поведінки. Довільність рухів виявляється у письмі, правильному використанні навчального приладдя, підтриманні порядку на письмовому столі, парті, у портфелі. Довільність поведінки – у навмисному заучуванні віршів, можливості побороти певне бажання, відмовитися від гри заради іншої справи, наприклад, допомоги матері. Здатність підкорити мотиви своєї поведінки поставленій меті має важливе значення для майбутнього школяра. Вольова готовність передбачає і здатність стримувати свої імпульсивні дії, зосереджуватися на виконуваному завданні, слуханні мови старшого, тощо.

Отже, від народження до вступу в школу дитина долає ряд важливих етапів: новонародженість, немовля, раннє дитинство, дошкільний вік. Кожному з них властиві специфічні ситуації розвитку, певні провідна діяльність, новоутворення і досягнення у психічному та особистісному розвитку, особливі кризи і поєднання процесів дозрівання й розвитку.

Основним досягненням у житті дитини є її готовність до навчання у школі. У цей період закладаються основи її психічного здоров'я, характеру, здібностей, особливості самосвідомості, тощо. Досягнення у психічному та особистісному розвитку є передумовою для гармонійного розвитку дитини на наступних етапах. За несприятливих умов виникають передумови для формування слабкості Я, неспроможності, майбутніх акцентуацій особистості, для невротичної поведінки у шкільному та дорослому віці. Усе це вимагає значних і послідовних зусиль рідних, вихователів дитячих установ, практичних психологів щодо забезпечення сприятливих умов для розвитку дитини.

ДОДАТОК 2

**Піраміда потреб А. Маслоу,
з огляду на наявність у дитини функціональних обмежень**



Здоров'я дитини – це благополуччя дитини; благополуччя дитини – це забезпечення її потреб (піраміда Маслоу); щоб потребу задовольнити, необхідно, щоб дитина дала знати про свою потребу, а батьки були в змозі зчитати поведінку дитини – тобто, реалізація потреб дитини відбувається через добру (ефективну) взаємодію між дитиною і батьками; добра взаємодія між дитиною і батьками має певні конкретні характеристики, які можна усвідомити та покращити, що дозволить батькам ефективніше функціонувати та забезпечити здоров'я дитини.

ДОДАТОК 3

Проблеми розвитку дитини з функціональними обмеженнями

Причини проблем розвитку та виникнення функціональних обмежень у дитини

- Фізичні: всі можливі хронічні інвалідизуючі соматичні захворювання.
- Психічні: всі можливі хронічні психічні розлади (насамперед, психози розвитку).
- Інтелектуальні: розумове недорозвинення різного ступеня (олігофренія в ступені дебільності, імбіцильності, ідіотії; слабоумство).
- Сенсорні: всі можливі інвалідизуючі розлади органів почуттів (насамперед, слуху, зору, мови). А також:
- Генетичні: спадкоємні захворювання, схильність до формування набутих розладів (різні форми діатезу), несприятливі впливи (травми, інфекції) в перинатальному періоді (до, в період та безпосередньо після пологів).
- Особистісні: проблемні особливості розвитку, низький рівень здоров'я (хвороби й травми), рівень особистісного розвитку чи формування розладів особистості.
- Середовищні: дисфункціонування родини, формування розладів прихильності, проблемний стиль виховання, проблемне оточення однолітків чи дорослих, проблемний характер соціального контактування.

Особливості психологічного розвитку дитини

- Фізичний розвиток.
- Моторний (руховий) розвиток.
- Пізнавальний розвиток (перцепція).
- Експресивна та рецептивна мова.
- Емоційно-соціальний розвиток
- Розвиток навичок самообслуговування.

Усі функції взаємно доповнюють одна одну.

У ході оцінки особливостей психологічного розвитку неповносправної дитини потрібно визначити характер впливу інвалідизуючого фактора на всі ці сфери.

Прояви проблем розвитку дитини

Неможливість формування якостей і функцій – дефіцит: незворотні, але є можливість компенсації та пристосування.

Затримка у формуванні якостей і функцій – дисбаланс: зворотній процес, є можливість компенсації та додання.

Проблеми розвитку дитини можуть бути у вигляді затримки розвитку або порушень розвитку (якісні зміни).

Затримка розвитку – дитина відстає в одній чи декількох сферах розвитку від характеристик даного хронологічного віку (наприклад, затримка розумового розвитку).

Порушення розвитку – коли з'являються зовсім не характерні ні для якого віку прояви (наприклад, прояви підвищеного м'язового тону).

Оскільки для дитячого віку характерна постійна зміна в набутті нового, нас завжди турбуватиме втрата якихось навичок дитини. Проте при прогресуючих хворобах (наприклад, м'язова дистрофія, спінальна аміотрофія, психози розвитку) втрата здобутих навичок внаслідок прогресування хвороби буде основною характеристикою.

Затримка психічного розвитку, часткова:

- сенсорна недостатність;
- моторна недостатність;
- когнітивна недостатність.

Причини затримки психічного розвитку

- олігофренія;
- органічне ураження ЦНС;
- психофізичний інфантилізм;
- педагогічна занедбаність;
- психози розвитку.

Причини і характер проявів проблем розвитку та функціональних обмежень.

Шляхи відновлення та корекції

- вроджені порушення (генетичні, наслідок внутрішньоутробних захворювань): незворотні, мала позитивна прогrediєнтність, необхідність пристосування;
- травми при пологах: при важких формах – практично незворотні, мала позитивна прогrediєнтність, необхідність пристосування;
- органічна поразка ЦНС внаслідок травм та інфекцій новонародженості й періоду раннього розвитку (важка мозкова дисфункція), олігофренія в стадії ідіотії та глибокої імбецильності: практично незворотні, мала позитивна прогrediєнтність, необхідність пристосування;
- психози розвитку, важкі форми (ранній дитячий аутизм, синдром Канера): різний ступінь компенсації, можливість позитивної прогrediєнтності, необхідність лікування та індивідуальної педагогічної корекції;
- органічна поразка ЦНС внаслідок травм та інфекцій новонародженості й періоду раннього розвитку (помірні порушення), олігофренія в стадії імбецильності: різний ступінь зворотності і компенсації, достатня позитивна прогrediєнтність, необхідність лікування та індивідуальної педагогічної корекції;
- органічна поразка ЦНС (незначні порушення – мінімальна мозкова дисфункція, олігофренія в стадії дебільності): достатній ступінь зворотності і компенсації, достатня позитивна прогrediєнтність при помірних та незначних порушеннях, необхідність лікування та індивідуальної педагогічної корекції;
- психози розвитку, помірні та легкі форми (ранній дитячий аутизм, синдром Аспергера, парааутистичні розлади): достатній ступінь зворотності й компенсації, достатня позитивна прогrediєнтність при помірних та незначних порушеннях, необхідність лікування та індивідуальної педагогічної корекції;
- невротичні розлади раннього віку (невропатія, сиблінгове суперництво, тики, енурез, наслідки психологічної депривації): зворотні, можливість повної компенсації, необхідність лікування і корекції внутрісімейних відносин;
- специфічні розлади мови: різний ступінь зворотності й компенсації, достатня позитивна прогrediєнтність, необхідність лікування та індивідуальної педагогічної корекції;
- синдром гіперактивності з дефіцитом уваги: зворотні, можливість повної компенсації, необхідність лікування та індивідуальної педагогічної корекції;
- розлади шкільних навичок: зворотні, можливість повної компенсації, необхідність лікування й індивідуальної педагогічної корекції;
- невротичні розлади (загальні неврози, афективні, шкільний стрес: зворотні, можливість повної компенсації, необхідність лікування і корекції внутрісімейних відносин;

- поведінкові розлади (опозиційно-протестна, залежна поведінка; формування розладів особистості): зворотні, можливість повної компенсації, необхідність лікування і корекції внутрісімейних відносин;
- психосоматичні, соматоформні розлади та сомато-вегетативна дисфункція зворотні, можливість повної компенсації, необхідність лікування і корекції внутрісімейних відносин.

ДОДАТОК 4

Що потрібно знати про затримку психічного розвитку у дитини*

Про затримку психічного розвитку дітей як про особливе порушення загального розвитку в нашій країні стало відомо порівняно недавно, на початку вісімдесятих років минулого століття, відтоді почали запроваджувати спеціальне навчання для такої категорії школярів.

На це порушення здебільшого звертають увагу лише тоді, коли дитина починає відвідувати школу, і раптом стає очевидним, що вона не може успішно засвоювати шкільну програму. Звичайно, це не означає, що в дошкільному віці відставання дитини від вікової норми розвитку не може бути виявленим. Через те, що до пізнавальної діяльності і регуляції поведінки дошкільника вимоги ліберальніші, певним порушенням під час щоденного спілкування не надається належного значення. Усе це і зумовлює те, що виявлення і корекція затримки психічного розвитку дітей у кращому разі починається в школі. Тим часом успішність дитини значною мірою залежить від раннього виявлення цієї вади. Можна з певністю сказати, що якби діти із затримкою психічного розвитку могли отримати необхідну корекційну допомогу в дошкільному віці, то велика частина з них змогла б подолати цей недолік ще до вступу до школи і потім успішно навчатися.

Отже, наші сьогоденні знання про затримку психічного розвитку допомагають розглядати її як тимчасовий стан, що й відображено в його назві. Сензитивний (найсприятливіший, найчутливіший) вік для її корекції – **дошкільний і молодший шкільний**. Пізніше, у підлітковому віці, якщо не напустила компенсація під впливом корекційно-педагогічної роботи з дитиною, стабілізується стан певної інтелектуальної недостатності, який за ступенем вираженості буває проміжним між низькою нормою і легкою розумовою відсталістю. Разом із тим навіть у випадках недостатньої компенсації, затримка психічного розвитку суттєво відрізняється від розумової відсталості.

Для затримки психічного розвитку характерні порушення (до того ж нерівномірні), які виявляються у зниженні психічної витривалості, працездатності і пізнавальної активності, в емоційно-вольових розладах, нестійкості уваги та у недоліках пам'яті, сенсомоторної координації, у той час як здатність мислити (інтегративна функція мозку) достатньо збережена. Зрозуміло, що порушення усіх таких функцій створює негативні передумови для розвитку мислення, проте своєчасне корекційне втручання дає відчутні позитивні наслідки; пізнавальна діяльність дитини вирівнюється і наближається до норми. У розумово відсталих дітей недостатня саме інтегративна функція мозку, що виявляється в недорозвиненості логічного мислення. Ці суттєві відмінності в пізнавальній діяльності дітей із затримкою психічного розвитку й розумово відсталих зумовлюють у них і різні можливості соціальної адаптації. Якщо у перших за сприятливих педагогічних умов вони досить високі, то у других залишаються обмеженими.

Причини виникнення затримки психічного розвитку

Це порушення розвитку дітей буває різним залежно від чинників, що його зумовлюють: біологічних і соціальних (психогенних, соціогенних). Спочатку розглянемо біологічні причини виникнення затримки психічного розвитку. Вони теж бувають різними, а саме:

1. Трапляється генетично зумовлене уповільнене дозрівання різних систем організму, у т. ч. й нервової системи. Такі діти, не виявляючи хворобливих ознак, і фізично, і психічно відстають від вікової норми, що виявляється під час обстеження їх на шкільну зрілість. Особливо відстає емоційно-вольова сфера: дитина може виявляти досить знань і кмітливості в грі, але дуже важко сприймає суто навчальні завдання,

* доступно із сайту <http://novasimya.org.ua/articles/12/>

погано засвоює правила поведінки, обов'язки школяра. Адаптація до школи в таких дітей досить складна. Їм краще починати шкільне навчання пізніше, і при цьому вони потребують індивідуального підходу з боку сім'ї і педагога.

2. Набагато частіше сьогодні трапляється затримка психічного розвитку дітей, яка зумовлена різними тілесними захворюваннями, особливо такими, що починаються в ранньому віці і, набуваючи хронічності, надовго позбавляють дитину життєрадісності й активності.

Слід зазначити, що центральна нервова система в таких випадках безпосередньо не уражається хворобою, але потерпає від загального виснаження дитячого організму. Хвороба знижує психічний тонус дитини, а тому складаються несприятливі умови і для розвитку її психічних функцій. Зрозуміло, що найпершою умовою подолання такої форми затримки психічного розвитку в дитини є лікування її хвороб. Проте цього буває замало, і потрібна ще й систематична педагогічна робота (але без перевантажень), щоб заповнити прогалини загального психічного розвитку.

Найскладнішою є так звана церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку. Як свідчить її назва (церебрально-мозковий), вона пов'язана з хворобливим ураженням мозку. Прояви її стійкіші і яскравіше виражені. Щоб їх усунути чи пом'якшити, потрібні систематичні й тривалі лікарські та педагогічні заходи. Під час неврологічного обстеження таких дітей досить часто виявляються певні відхилення у функціонуванні їхньої нервової системи, що свідчить про шкідливий вплив на мозок плоду чи новонародженої дитини різних чинників, як-от: різні хвороби матері під час вагітності, токсичні речовини, якими забруднене навколишнє середовище, а також нікотин, алкоголь, деякі лікарські препарати. Звідси зрозуміло, чому так багато вихованців будинків немовлят та дитбудинків відстають у розвитку. Внаслідок хімічної залежності матері діти ще до народження зазнають руйнівного впливу алкоголю, наркотиків, а після народження потерпають від багатьох інших бід: недбалства матері, проживання в атмосфері асоціальної сім'ї. Зрозуміло, що умови проживання дитини в неблагонадійній сім'ї (алкоголізм батьків, їхня неухильність, а із часом і жорстокість до дитини) – теж можуть стати причиною затримки її психічного розвитку.

3. Затримку психічного розвитку зумовлюють різні запальні захворювання центральної нервової системи впродовж перших років життя, а також травми головного мозку. Ознаки затримки психофізичного розвитку, пов'язані з ушкодженням мозку, у багатьох дітей виявляються уже в ранньому дитинстві: запізнитим початком ходіння, незграбністю в рухах, затримкою в розвитку мовлення, зниженою пізнавальною активністю. Залежно від того, які функціональні системи мозку зазнали ушкодження, можна спостерігати окремі особливо яскраво виражені порушення пізнавальної діяльності. У деяких дітей найбільш вираженими є недоліки розвитку мовлення, читання, в інших – лічби, просторової орієнтації, довільної регуляції поведінки. Крім розглянутих біологічних факторів, затримку психічного розвитку можуть зумовити ще й так звані соціогенні або психогенні чинники. Сама назва говорить про те, що тут негативний вплив на розвиток дитини здійснюють умови соціального оточення (умови проживання, організації розвитку, вигодовування (харчування), спілкування, тощо); розкриваючи біологічні чинники, ми вже частково торкнулися і соціальних.

Проведено чимало досліджень, які свідчать про негативний вплив на розвиток дитини ранньої її ізоляції від контактів з матір'ю. Так, втрата чи відсутність тісного контакту з матір'ю чи іншим дорослим, який виконує її функції, уже в двомісячному віці дитини призводить до серйозних розладів у її розвитку. Дитячий організм у цей час має отримувати із зовнішнього середовища комплекси подразнень: погладжування, пригортання до грудей, ласкаві, заспокійливі модуляції голосу і т. ін. Особливо шкідливі для дітей перервані емоційні контакти в ранньому віці. Якщо такі контакти перериваються кілька разів, знижується здатність емоційно спілкуватися і загальний

психічний розвиток. Такі явища спостерігаються під час тривалого перебування дитини в лікарні без матері, тому вони називаються госпіталізмом. Уже на другому місяці відлучення від матері дитина починає худнути, легше піддається захворюванням, втрачає раніше набуті навички.

Можливість виправити ці недоліки залежить від тривалості порушення зв'язків з матір'ю: чим вони триваліші, тим важче подолати їх наслідки. Звичайно, материнську функцію у спілкуванні з дитиною може виконувати інша людина – не обов'язково біологічна мати. При цьому важлива саме якість спілкування.

Особливо ж згубно позначається на психічному розвитку дитини часта зміна вихователів, нетривалість стосунків з ними.

Отже, ми розглянули фактори, що зумовлюють різні форми затримки психічного розвитку дитини і пересвідчилися, що практично у переважній більшості випадків ці чинники поєднуються. Іноді навіть ретельне обстеження дитини не дає змоги визначити, які саме із чинників відігравали вирішальну роль у виникненні затримки психічного розвитку. Залишаючи це питання для розгляду спеціалістів, хочемо зазначити, що більш важливим для дитини є визначення реального стану її фізичного і психічного розвитку та вчасне призначення програми лікувально-оздоровчих заходів і психолого-педагогічної роботи.

Прояви затримки психічного розвитку в дітей

Щоб правильно оцінити поведінку дитини та розібратися з приводу труднощів у навчанні, важливо знати характерні прояви затримки психічного розвитку. Розглянемо найважливіші з них.

Розлади працездатності. Знижена працездатність, насамперед розумова, властива більшою чи меншою мірою всім дітям із затримкою психічного розвитку. Вона є результатом нервової ослабленості і свідчить про те, що перед нами дитина, яка потребує охоронного режиму, системи лікувальних заходів, зміцнення здоров'я. Тільки на цьому тлі можлива успішна корекція її психічного розвитку, поліпшення успішності навчання. Безпосередньою причиною зниженої працездатності є надмірна виснажуваність нервових процесів, їх інертність, невірноваженість. Такий стан нервової системи властивий не тільки з усією очевидністю фізично кволим дітям, а й таким, що справляють враження фізично більш-менш розвинутих, проте їхня нервова система в результаті раніше перенесених шкідливих впливів ослаблена. Показником зниженої працездатності є швидка стомлюваність під впливом фізичних, а ще більше – психічних навантажень. У молодшому шкільному віці у дітей із затримкою психічного розвитку втома настає після 15–20 хвилин продуктивної праці. Прояви її неоднакові: одні діти бліднуть, стають млявими, сонливими, інші – навпаки, робляться непосидючими, чіпляються до товаришів, не реагують чи зухвало відповідають на зауваження. У таких випадках покарання, окрики та інші методи силового впливу не дають позитивних результатів, а тільки призводять до поглиблення конфлікту, бо дитина дедалі менше стає здатною володіти собою. Набагато кориснішим є переключення уваги дитини на якусь безпосередньо цікаву для неї справу чи хоча б звільнення її від надмірного впливу оточуючих, що діє збудливо. Через утомлюваність дитини буває неможливою форсована робота над корекцією вад її розвитку, оскільки стан втоми не тільки не сприяє засвоєнню нових знань, а й блокує відтворення вже, здавалося б, добре засвоєних. Для таких дітей будуть корисними і менш втомливими цікаві ігри з розвивальним змістом.

Особливості пізнавальної активності

У зв'язку з хворобливо зміненим функціонуванням нервової системи, падінням працездатності діти із затримкою психічного розвитку відрізняються зниженою пізнавальною активністю. Діти з нормальним розвитком здатні звернутися до дорослого

з безліччю запитань про найрізноманітніші речі, з якими вони стикаються в житті. Це свідчить про напружений темп нагромадження ними різноманітних знань, про прагнення осмислити навколишній світ. Діти із затримкою психічного розвитку – не допитливі. Вони або мало звертаються до дорослих, або запитують про щось поверхове, що не стосується суттєвих відношень між очевидними речами. Дбаючи про розвиток таких дітей, дорослі мають узяти на себе ініціативу привертання їхньої уваги до різних явищ навколишнього, спільного пошуку відомого-невідомого, типового-нетипового чи смішного, тобто спільного («вголос») виконання процедури аналізу інформації, її зіставлення з досвідом дитини та постановки запитань з подальшим пошуком відповіді щодо незрозумілого. Така робота з дітьми потребує від дорослого передусім певного часу, а також зацікавленості до знання про навколишній світ і любові до дітей. Саме в такій послідовності пропонуємо вам перевірити себе щодо наявності у вас цих показників.

Особливості загального психічного розвитку

Загальний розвиток дитини – це сукупність знань, умінь, навичок, уявлень про навколишній світ, що вона здобуває у повсякденному житті, спостереженні явищ навколишньої дійсності, у спілкуванні з дорослими й однолітками, а пізніше, у шкільному віці, і в процесі цілеспрямованого навчання. При цьому якість загального розвитку виявляється не тільки в сумі знань, а й здатності оперувати ними, що залежить від сформованості пізнавальних процесів: сприймання, пам'яті, мислення, мовлення. Ці пізнавальні процеси і є інструментом пізнання, що удосконалюються під час нагромадження досвіду, різноманітних уявлень про дійсність. Наявність недоліків у функціонуванні нервової системи дітей призводить до виникнення труднощів щодо розвитку психічних процесів, і як наслідок – ускладнень щодо отримання різноманітних знань та уявлень. Бракує загального розвитку також дітям з неблагонадійних сімей, з дитбудинків та інтернатних закладів через неповноцінність чи викривленість емоційного спілкування (особливо у дітей першої категорії) та обмеженість, уніфікованість контактів зі світом (особливо у другої).

Такі діти інколи не знають звичайних речей, добре відомих домашнім дітям. Наприклад, дитина 6–7-річного віку уявляє собі буряк як «такі червоні шматочки овочів, що їх додають до вінегрету», а яйце бачила тільки вареним, і тому, побачивши розбите сире, лякається, бо «воно, мабуть, гниле». Усе це – результат відстороненості цих дітей від різних побутових процесів, які домашні діти щодня спостерігають і в яких самі беруть посильну участь. Саме тому прийомна сім'я може надзвичайно благотворно вплинути на психічний розвиток дитини за умови стабільності емоційного спілкування, і залучення дитини до щоденних побутових справ та спостережень за довкілля.

Вплив залучення до щоденного життя значно підвищує можливості дітей виконувати за допомогою дорослого певні мислительні операції під час звичної побутової роботи. Цей процес буде ефективнішим для дитини, якщо дорослі знатимуть про труднощі дитини і цілеспрямовано надаватимуть підтримку дитині щодо їх подолання.

У загальному розвитку дітей цієї категорії виявляються недостатньо сформованими сенсомоторні функції, тобто вміння бачити, слухати, виконувати різні рухи, особливо рухи руками. При цьому зір і слух у них нормальні, а недоліки зорового чи слухового сприймання виявляються в нездатності зосередитися на об'єкті сприймання, у невмінні його аналізувати, порівнювати з попереднім. Трапляються труднощі в узгодженості сприймання та відповідними рухами. Усе це негативно позначається на розвитку просторових уявлень. Так, діти із затримкою психічного розвитку менш вправно, ніж здорові діти, порівнюють форму предметів, їх розміри, відстань між ними. Тому навіть на початку шкільного навчання вони погано розрізняють правий і лівий бік, плутають або

й зовсім не розуміють поняття «під», «над», «вище», «нижче», «далі», «ближче», «вгорі», «внизу». І це не лише неправильне вживання слова при правильному уявленні про положення предмета (наприклад, дівчинка говорить: «Коли йде дощ, парасольку тримають під головою»), а й нечітке уявлення про саме розміщення предметів у просторі. Труднощі просторової орієнтації негативно позначаються на формуванні навичок письма і читання, оскільки діти плутають букви, схожі за формою, погано розрізняють звуки, не вміють орієнтуватися на сторінках зошита, дотримуватися прямої лінії у ньому (лінійки).

Недоліки у розвитку сприймання негативно позначаються на формуванні мислення: діти не вміють порівнювати, знаходити спільне й відмінне, робити узагальнення на основі певних ознак. Саме через недоліки мислення навіть той невеликий досвід, яким володіють діти із затримкою психічного розвитку, недостатньо систематизований. Тому їм важко згрупувати предмети, а особливо – називати групи предметів спільним узагальнюючим словом. Так, вони можуть з більшими чи меншими труднощами згрупувати малюнки квітів, дерев, тварин, але не вміють їх назвати. Нерозуміння основних понять заважає цим дітям успішно навчатися в школі.

Крім недостатньої сформованості понять, у дітей цієї категорії дуже обмежений словниковий запас. Вони не знають значення багатьох загальнонавчаних слів, неправильно розуміють і плутають слова, схожі за звучанням. Наприклад, дитина не розрізняє поняття «гуси» і «гусениці».

Недоліки мовлення дітей виявляються і в недостатньому володінні його граматичною будовою. Нерідко вони не вміють вжити дієслово в минулому, майбутньому часі, утворити множину, використати зменшувальний суфікс. Усі ці недоліки мовлення особливо виразні під час монологічного, найскладнішого з видів мовлення. Дитина жваво спілкується, поки може відповідати на запитання одним словом чи коротким реченням. Цього буває досить для побутового спілкування. Проте коли їй потрібно про щось розповісти, вона не може вимовити послідовно навіть прості речення: повторює по кілька разів те саме, не знаходить потрібного слова, часто вживає займенники «той», «таке».

Щоб змінити на краще мовленнєвий розвиток дітей, а разом – і загальний розвиток, з ними потрібно багато розмовляти і, що особливо важливо, спонукати їх висловлюватися. Це не обов'язково мають бути спеціальні заняття з логопедом, які, безумовно, дуже корисні. Проте щоденні розмови під час прогулянки, виконання різних побутових справ, слухання казок, оповідань з обов'язковим наступним обговоренням вражень, змісту та логіки, постійне спілкування дітей з дорослими, іншими дітьми поліпшує їхній загальний розвиток.

Особливості розвитку особистості

Відставання психічного розвитку дітей торкається і становлення особистості дитини. Поведінка, стосунки з ровесниками й дорослими, інтереси характеризують дитину як особистість. Знати ці особливості необхідно для виховання дитини із затримкою психічного розвитку. Правильно пояснений той чи інший негативний прояв дитячої поведінки допоможе розуміти таких дітей, бути до них терплячішими та знаходити відповідно до ситуації (адекватно) корекційно-виховні заходи.

На дітях із затримкою психічного розвитку позначається, насамперед, загальна незрілість їхньої психіки, особливо емоційно-вольової сфери, що надає всій їхній поведінці надмірної інфантильності: невміння стримуватися, змушувати себе дотримуватися правил чи виконувати завдання, що не викликають безпосереднього інтересу, але є потрібними. На початку шкільного навчання ці діти недостатньо усвідомлюють свої учнівські обов'язки, правила поведінки в школі. Через це поряд зі своїми однокласниками вони виглядають дивними, оскільки поведуться, як

дошкільнята: встають без дозволу із-за парти, ходять, звертаються до вчителя під час пояснення чи просто граються, не звертаючи уваги на те, що відбувається на уроці. Тут виявляється і надмірна втомлюваність, і брак інтересу до певних занять. Адже відомо, що інтереси формуються на базі певних знань, умінь, а вони в таких дітей дуже обмежені.

Крім загальних проявів незрілості особистості дітей цієї категорії, у них виявляються риси, що зумовлюються хворобливими розладами у функціонуванні нервової системи. Так, на ґрунті надмірної виснаженості, загальмованості нервових процесів в окремих дітей виявляються такі риси, як млявість, боязкість, невміння захистити свої інтереси, плаксивість, схильність скаржитися на товаришів, постійно звертатися до дорослих з приводу розв'язання всіляких дріб'язкових питань, відмова від усякої діяльності, що потребує зусиль.

Не менш складним для формування особистості дитини є стан, відомий сьогодні як гіпердинамічний синдром з дефіцитом уваги. Слід зазначити, що цей розлад у функціонуванні центральної нервової системи дитини може й не бути пов'язаним гіпердинамічним синдромом з дефіцитом уваги – це хворобливий стан нервової системи дитини, який полягає в неповноцінності процесу гальмування і різкому переважанні процесу збудження. Це й перешкоджає концентрації уваги. Поняття «гіперактивність», яким ще називають цей стан, дещо умовне, бо відображає лише зовнішній бік поведінки дитини і не відповідає дійсному станові. Справді, активність, та ще й надмірна («гіпер»), передбачає і відповідний запас енергії, тим часом як у гіперактивних дітей такого запасу немає. Навпаки, постійне збудження не дає їм змоги відпочити. Їхня нервова система виснажується і потребує захисту та зміцнення. Справжнє здоров'я, сила нервової системи виявляється в цілеспрямованості, здатності довести розпочату справу до кінця. Надмірна ж активність дітей, про яких ідеться, непродуктивна: через брак здатності до зосередження уваги мета часто не ставиться або дуже швидко втрачається.

Поведінка гіперактивних дітей одразу привертає увагу: вони в постійному русі, бігають, зачіпають інших дітей, заважаючи їм гратися. Якщо їх змушують сидіти на місці – починають розгойдуватися, крутитися, потягуватися, робити різні рухи руками й ногами. Під час спілкування вони надто балакучі, проте щось розповідаючи, легко втрачають думку, бувають непослідовними; не договоривши про щось одне, починають розмову про зовсім інше. Вони можуть ставити безліч запитань, досить поверхових за змістом, і не дослухатися до відповіді. Складається враження, що відповідь на поставлене запитання їх і не цікавить, вони здатні запитувати вже про щось нове, таке, що впало їм в око в даний момент. Такі діти не вміють самотійно гратися, не заглиблюються в гру, швидко її припиняють і звертаються до дорослих. Проте і дорослому, граючись із такою дитиною, доводиться докладати чимало зусиль, щоб утримувати її увагу й заохочувати закінчити розпочату справу. Усе це ускладнює виховання і розвиток гіперактивних дітей. При цьому дорослі часто неправильно розуміють стан такої дитини, вважають її просто неслухняною, дуже енергійною, у якої, як вони кажуть, «енергія виплескується аж через край», і вживають хибних виховних заходів, що дуже ускладнює формування особистості дитини.

Вивчення взаємин гіперактивних дітей з батьками показало, що їхні матері частіше користуються негативними, ніж позитивними засобами впливу на них: вони менше приділяють уваги спільним заняттям, а більше контролюють поведінку, обмежують свободу дітей. Це легко пояснити, зважаючи на особливо втомливу для дорослого поведінку гіперактивної дитини. Тому матері також виявляють підвищену роздратованість і, можливо, не завжди усвідомлено обмежують своє спілкування з дитиною, вдаючись натомість до більш репресивних заходів. У відповідь діти починають поводитись агресивно, відчужено. Батьки, не розуміючи причин ворожості своїх дітей, посилюють тиск на них. Так виникає зачароване коло: конфлікт між дорослими і дитиною поглиблюється, спричиняючи неадекватні способи його

розв'язання та невротичні реакції. Наприклад, діти можуть спрямовувати свою агресію на менших, слабших дітей або тварин. В іншому випадку може виникнути вперта відмова ходити до школи, де такі діти через свою неупорядковану поведінку також часто зазнають покарань.

Негативно позначається на формуванні особистості гіперактивних дітей ускладнення стосунків з ровесниками, їхня імпульсивність заважає виконувати правила гри, що в середовищі дітей дошкільного і молодшого шкільного віку має велике значення. Такі діти стають дезорганізаторами гри і, як правило, стають небажаними її учасниками. Та сама імпульсивність робить цих дітей ініціаторами непорозумінь, сварок, бійок. Усе це відкидає їх на менш цікаві ролі в дитячому колективі, що формує у них занижену самооцінку, спричиняє почуття самотності, недосконаlostі.

Корекція поведінки гіперактивної дитини потребує від дорослих великої витримки, послідовності й доброзичливості. Певною мірою зберегти рівновагу дає розуміння причин такої важкої поведінки дитини.

Корисно і самій дитині знати про свою надмірну імпульсивність як про недолік, який потрібно навчитися долати. Їй частіше потрібно пояснювати наслідки необдуманих та неконтрольованих дій, що стають причиною конфліктів з товаришами, заважають успішно виконати завдання. Усвідомлення своїх недоліків поведінки дасть дитині можливість бути критичнішою і не виправдовувати всюдозволеність.

Не варто давати гіперактивним дітям завдання, які потребують тривалого зосередження. Краще складне завдання розподілити на кілька простіших із чіткими короткими інструкціями.

У життя гіперактивної дитини потрібно вносити регламент і поступово привчати дотримуватися його. Заздалегідь спланована справа допомагає краще її усвідомити й зосередитися, ніж раптові, непередбачені розпорядження, безсистемність.

Дитяча гіперактивність потребує також лікарського втручання. Тому потрібна консультація дільничного педіатра, а ще інших фахівців, щоб визначити стратегію і тактику лікування.

Надмірна збудливість у поєднанні з недоліками виховання часто зумовлює, особливо у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, бурхливі реакції на іноді незначні зауваження: дитина може падати на підлогу, бити ногами, голосно кричати, іноді дряпати себе, кусати.

У деяких дітей періодично змінюються настрої, які часто не пов'язані з якимись зовнішніми причинами: періоди підвищеної дратівливості, агресивності змінюються апатичністю, байдужістю до своїх успіхів і невдач. В основі їх, очевидно, лежать колювання загального стану здоров'я, перевтома.

Формування поведінки та рис особистості дітей із затримкою психічного розвитку не є наслідком лише хворобливого стану їхньої нервової системи. Зазнаючи впливу мікросоціального середовища (сім'ї та найближчого оточення), у якому вони проживають, отримують приклади взаємодії з іншими для наслідування, вони опановують відведене їм місце серед оточуючих (батьків, родичів, товаришів, однокласників). Виховувати таких дітей можна лише через пошук у них позитивного, що могло б стати опорою для підтримання їхньої віри в себе та розвитку довіри й почуття захищеності.

Корекція затримки психічного розвитку дітей дошкільного віку

Затримка психічного розвитку, якого б походження вона не була, великою мірою піддається корекції: чим молодша дитина, тим більших успіхів можна досягти.

Тим часом батьки часто припускаються помилки, не приділяючи уваги розвитку дитини в дошкільному віці, сподіваючись, що вона «переросте» свої недоліки. Справді, до поведінки, знань та пізнавальних можливостей дітей у цьому віці ставляться значно

менші вимоги, ніж у шкільному. Крім того, у батьків здебільшого немає можливостей для порівняння розвитку своєї дитини з розвитком інших дітей. Усе це й призводить до втрати дорогоцінного часу.

Важливо звернути увагу на те, як дитина спілкується з дорослим: чи вміє вона слухати і виконувати його завдання, чи може зосередитися на якомусь спільному з дорослим занятті, грі, чи може в разі труднощів скористатися допомогою і далі успішніше продовжувати заняття. Здатність дитини взаємодіяти, або, як кажуть психологи, співпрацювати з дорослим – це один із найважливіших показників її повноцінного психічного розвитку. Якщо дитина відвідує дошкільний навчальний заклад, потрібно з'ясувати з вихователем, чи засвоює вона програмовий матеріал, які вона має труднощі, якщо порівнювати з іншими дітьми, чи вміє вона гратися з товаришами, виконувати доручення.

Тож дбаючи про розвиток дитини, з нею потрібно багато спілкуватися. Звичайно активні, здорові діти самі виступають ініціаторами спілкування, звертаючись до дорослих із нескінченною низкою запитань. Велика частина з них спрямована на з'ясування причинного зв'язку між різними явищами: «Чому?»

Відставання дитини у розвитку пов'язане з меншою її активністю: вона сама менше звертає уваги на розмаїття навколишнього світу і, відповідно, у неї менше виникає запитань, а ті, що виникають, переважно поверхові. Недостатню активність такої дитини повинен компенсувати дорослий власною ініціативою у спілкуванні і приверненні дитячої уваги до багатьох речей, які вона сама могла б і не помітити.

Протягом дошкільного періоду діти здобувають великий досвід чуттєвого пізнання навколишньої дійсності. Насамперед вони засвоюють сенсорні еталони: кольори спектру та їх відтінки, основні геометричні форми, відносність розмірів. Уміння порівнювати предмети за цими ознаками є дуже великим досягненням у розвитку дитини.

Поступове формування фонематичного слуху і здатності здійснювати звуковий аналіз слова створює передумови для розвитку навичок письма та читання, орієнтування в мовній дійсності.

Не менш важливим є формування елементарних математичних уявлень. Такими є уявлення про різні ознаки предметів: довжину, висоту, ширину, а також про розміщення у просторі предметів відносно один до одного, про часові відношення та кількість.

У дошкільному віці діти здобувають чимало знань: про різні явища природи і пори року, рослинний і тваринний світ, працю людей, про родину і родинні взаємини різних поколінь і багато іншого.

Дуже важливим показником розвитку дитини є її емоційний досвід, здобутий у процесі спілкування з дорослими, рідними й сторонніми, а також однолітками. Усе це допомагає їй засвоїти правила поведінки, що регулюють її взаємини з оточенням.

Нагромадження величезного досвіду дитиною протягом перших шести-семи років життя можливе тільки завдяки постійному експериментуванню, практичній діяльності та її осмисленню. У такий спосіб досвід систематизується й узагальнюється, насамперед у процесі оволодіння мовленням. Свідченням цього є здатність дитини користуватися простими узагальненнями, такими як «одяг», «взуття», «тварини», «рослини», «овочі», «фрукти», «посуд» іт. Завдяки усім цим знанням, умінням, а також достатньому рівню сформованості пізнавальних процесів, що сприяє оперуванню дитиною своїми знаннями, вона стає інтелектуально готовою до шкільного навчання.

Ті діти, що відстають у розвитку, більш чи менш успішно оволодіватимуть усім цим досвідом за допомогою дорослих.

Розвиватися дитині передусім допомагає батьківська любов, увага та емоційна підтримка в усіх її починаннях, тобто спілкування. Уже саме цього достатньо для того, щоб дитина і дорослий знайшли порозуміння, а щодо позитивних зрушень у розвитку дитини, то вони прийдуть згодом.

Наведемо приклад з історії вивчення впливу емоційного спілкування на розвиток дітей.

У кінці сорокових років минулого століття в Сполучених Штатах Америки вчений Скільз спостерігав розвиток двадцяти п'яти дітей, які немовлятами потрапили в дитячий притулок, де їм дуже мало приділяли уваги. Коли дітям виповнилося по півтора року, і було очевидним, що вони суттєво відстають у розвитку від вікової норми, тринадцятеро з них були переведені в заклад для розумово відсталих. Тут кожному дитину «взяла на виховання» розумово відстала жінка, яка приділяла увагу кожній взятій дитині, любов та заохочувала до активності. Зрозуміло, що ці жінки ніякими педагогічними навичками не володіли і про застосування якоїсь педагогічної системи для роботи з дітьми не йшлося.

Через два роки в усіх цих дітей інтелектуальний розвиток значно зріс, тим часом як у тих дітей, що й надалі залишалися в притулку, інтелект чимдалі більше відставав від середніх показників. Ці дві групи дітей також продемонстрували різну здатність адаптуватися в житті після досягнення повноліття. Ті, кого перевели з притулку, виявили нормальний рівень інтелектуального розвитку, змогли працевлаштуватися і добре адаптувалися в соціальному оточенні. Доросле життя тих дітей, що залишалися в притулку, склалося набагато гірше: їхній інтелектуальний розвиток був дуже низький, вони не могли працювати і були погано пристосовані до життя.

Отже, кожен, хто зацікавлений у розвитку дитини, може допомогти їй у цьому незалежно від рівня педагогічних знань, хоча їх наявність збільшить шанси успіху. Батьки можуть отримати необхідний мінімум відповідних знань з літератури, написаної спеціально для них, а часом і самими батьками, які діляться своїм досвідом виховання таких дітей. Так, у 70-80-х рр. ХХ ст. було видано книжки відомих педагогів-новаторів і батьків Б.П. Нікітіна і Л.О. Нікітіної, де можна запозичити дуже багато корисних педагогічних знахідок, а особливо розробок різних дидактичних ігор та порад щодо виготовлення обладнання до них у домашніх умовах. Дуже цінною є серія з чотирьох книжок «Домашня школа мислення», написана відомими дитячими психологами Л.А. Венгером і О.Л. Венгером, у якій послідовно розкривається зміст роботи над розвитком дітей від трьох до семи років у домашніх умовах. Поради щодо роботи з дітьми, які відстають у розвитку, можна знайти в книгах: «Допоможіть дитині розвиватися» (авт. Т. Д. Ілляшенко, М.В. Рождественська), «Як навчати дітей з порушеннями психофізичного розвитку» (авт. Т. Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська).

Зупинимося на деяких принципово важливих порадах, щоб застерегти батьків від виховних помилок, таких як «змагання», «навчання для навчання».

Уникати духу змагання. Кожна дитина, особливо з порушеннями розвитку, неповторна. Якщо увесь час порівнювати досягнення її та інших дітей, то можна і не помітити успіхів, які вона робить, і впасти в песимізм. Тим часом ці невеличкі успіхи дуже важливі для її подальшого розвитку. Буває і так, що протягом якогось часу в дитини немає помітних зрушень, а потім «раптово» відбувається стрибок, що, звичайно, є результатом наполегливої праці дорослих.

Виховання дитини – робота творча. І якими б посібниками батьки не користувались, їм потрібно зорієнтуватися у тому, що конкретна дитина вміє, а чого їй ще треба навчитися. Використовуючи для цього численні дидактичні ігри, дуже важливо обрати такі, які справлятимуть розвивальну дію.

Якщо завдання надто легке, то дитина виконає його без сторонньої допомоги і, можливо, втратить до нього інтерес. Надто важке завдання вона не виконає навіть зі сторонньою допомогою і не повторить після того, як його виконання продемонструє хтось інший. Важке завдання теж не викликає інтересу, дитина просто не розуміє, чого від неї хочуть. Добре, коли дитина розв'язує завдання, користуючись допомогою дорослого, а потім може перейти і до самостійної роботи. У таких випадках дитина

просить дати їй можливість ще раз повторити те, що вона зуміла зробити сама. Отже, заняття її зацікавило, а це означає, що шлях до розвитку відкритий.

Розвивати через гру та спілкування. Дбаючи про розвиток дітей, дорослі вважають справжніми розвивальними заняттями тільки ті, які проводять у школі на уроці. Вони беруться вивчати вірші, букви, цифри, писати палички. Ці хибні погляди міцно тримаються у свідомості багатьох батьків, а із часом навіть і методистів, які поспішають запроваджувати в дошкільних навчальних закладах заняття, подібні до шкільних. Діти із затримкою психічного розвитку ще в шкільному віці залишаються дошкільниками; при звичаювати їх до навчання потрібно поступово, залишаючи багато місця для гри.

Саме гра є тією формою діяльності дитини (психологи її називають провідною), яка її розвиває. Між грою і справжнім навчанням є суттєва різниця. Гра стає вельми привабливою, бо дитина захоплюється процесом гри. Дитина грає не тому, що це їй для чогось потрібно, а тому, що просто цікаво. Під час гри вона навчається й активно розвивається – з меншою витратою зусиль. Щоб навчитися чомусь такому, що в даний момент може бути і нецікавим, треба робити над собою вольове зусилля, а у малюків така здатність розвивається пізніше. Тому заняття на зразок навчальних для них непродуктивні. Діти всіяко їм опираються, вередують. Дорослі сприймають таку поведінку як неслухняність і продовжують наполягати, але, як правило, результати отримують не ті, яких очікують: дитина стає млявою, сонливою і нічого не засвоює. Отже, з дошкільниками потрібно гратися і спілкуватися так, щоб збуджувати їхню цікавість, а це означає викликати в них активність, енергію для здобуття нових знань. Для дитини з відставанням у розвитку гру має організовувати дорослий.

Гратися цікаво допомагають різні іграшки: пірамідки, матрьошки, кольорові кубики, брусочки різного розміру, мозаїка, деталі для конструювання. Наголосимо, що дорогі, хитромудрі іграшки зовсім необов'язкові, бо своїми розвивальними можливостями вони поступаються різним простим предметам, які дитина може застосовувати по-різному. Наприклад, з різнокольорових гудзиків можна складати і прості мозаїчні візерунки або використати їх як «таблетки», що лікар призначив «хворій» ляльці, чи як «ягідки», що діти знаходять у «лісі», або «монетки», якими платять, граючись у крамницю. А ще гудзики можна нанизувати як намисто, сортуючи за формою, кольором, розміром. Діти люблять такі прості іграшки.

Так само для вправлення у розвитку просторового аналізу і синтезу зовсім необов'язково купувати дорогі «пазли», які, до речі, часто бувають занадто складними для дітей з відставанням у розвитку. Їх функцію з не меншим успіхом виконують різнокольорові листівки, розрізані на кілька частин. У міру розвитку вправності дитини можна добирати складніші малюнки і розрізати їх на більшу кількість деталей.

Багато цікавих дидактичних ігор можна організувати із зображенням різних предметів на окремих картках, групуючи їх різними способами, наприклад: «Що для чого підходить?» Такі ігри підсумовують, систематизують досвід дитини, інтенсивно формують мислення: здатність аналізувати предмет, виокремлюючи в ньому різні ознаки, порівнювати з іншими, узагальнювати, знаходити для групи предметів спільну назву. Можна об'єднувати їх попарно за функціональними зв'язками. Під час таких ігор дуже важливо, щоб дитина не тільки виконувала певні дії, а й давала пояснення їм.

Особливе місце в житті дошкільника посідає сюжетна або рольова гра. На четвертому році життя дитина поступово оволодіває так званими предметними діями. Наприклад, спочатку малюк, наслідуючи дорослих, просто стукає молотком по стільцю. Пізніше він уже не задовольняється простим стуканням, а виконує роль тата, який ремонтує зламаний стілець: спочатку розглядає його, «добирає інструменти». Його дії свідчать про те, що малюк у цей час почувається «татом».

Гра розвивається далі, ще більше ускладнюється, коли в ній з'являється кілька учасників і кожен з них має свою роль відповідно до сюжету гри. Тут особливої цінності

набуває розвиток у дитини навичок спілкування, правила поведінки, тобто оволодіння соціальним досвідом. Як і в які ігри дитина грається – важливий показник рівня її розвитку.

Іноді вважають, що діти із затримкою психічного розвитку мають труднощі тільки у навчанні, а в грі нічим не відрізняються від своїх ровесників з нормальним розвитком. Це, звичайно, не так, бо дитина із затримкою психічного розвитку менш спостережлива, їй важче керувати своєю поведінкою. Якщо уважно придивитись до гри дитини, що відстає в розвитку, то виявиться, що вона довше затримується на діях з предметами, а ігри, де слід виконувати ролі, вона засвоює значно важче. Рольові ігри в неї одноманітніші за змістом і мало розгорнуті за сюжетом. Іноді діти із затримкою психічного розвитку відчують труднощі у спільній грі з ровесниками, бо не вміють дотримуватись певних правил, послідовності поведінки, якої вимагає роль. Проте це спостерігається не в усіх дітей із затримкою психічного розвитку. Багато дітей грається більш-менш успішно, але при цьому вони виконують прості ролі, і буває так, що спричиняють розлад гри, бо не завжди можуть виконати вимоги, зумовлені правилами гри.

Отже, дбаючи про розвиток дитини, потрібно приділяти увагу її вміню гратися, а саме: розширювати тематику гри та вчити дотримуватись умов і правил. Для цього дорослим потрібно частіше гратися з малюком, беручи ініціативу на себе як у виборі теми, так і в її розгортанні та регулюванні правилами. Наприклад, щоб дитина почала гратися у крамницю, вона повинна мати деякі уявлення про те, що там відбувається. Тому спочатку потрібно побувати в крамниці, звернути увагу малюка на те, що роблять продавці, касири, як до них звертаються відвідувачі крамниці, що вони купують. Повернувшись додому зі свіжими враженнями, можна починати гру. Хоч дорослий і бере на себе організацію гри, проте головне його завдання – збуджувати ініціативу дитини. Тому він повинен частіше звертатися до дитини із запитаннями, радитися про те, що будуть «продавати», хто виконуватиме ту чи іншу роль, що слугуватиме «грошиками», «чеками». Корисно таким дітям вправлятися в іграх, адже ми вже знаємо: у дітей, що відстають у розвитку, часто буває особливо недорозвиненою здатність регулювати свою поведінку, утриматися від певних дій, виконувати їх у заданій послідовності або відповідно чергувати дії. Звичайно, всі ігри треба добирати, виходячи з можливостей конкретної дитини, і поступово вести її від простого до складнішого.

Досі ми розглядали ігри і заняття, які потребують спеціально відведеного часу. Для того, щоб збагачувати знання й уявлення дитини про навколишній світ, розвивати її спостережливість, мисленнєві здібності, навички спілкування не потрібно часто влаштовувати якісь спеціальні заняття; досить раціонально використати спілкування з дитиною під час різної побутової праці, прогулянок. Наприклад, займаючись на кухні приготуванням їжі, мама може дати дитині чимало корисних знань та спостережень, залучаючи її до посильної допомоги: подати миску, ложку, каструлю, різні овочі, «допомогти» ліпити вареники. Добре, коли дорослі візьмуть собі за правило проговорювати вголос усі свої дії. Це привертає увагу малюка до того, що робить дорослий, і кожна дія сприймається послідовніше, стає названою, зрозумілішою: «Ось ми візьмемо борошно, насиплемо в миску, а тепер розіб'ємо яечко...», – і дитина одразу стає своєрідним співучасником справи.

По-різному можна використати і прогулянку. Якщо кожний буде відпочивати наодинці, сам по собі, то ця картина може бути такою. Мама сидить на лаві за плетивом або читанням книжки і тільки час від часу поглядає на малого, щоб він не наробив шкоди та не заподіяв собі якоїсь біди. Якщо дитина добре розвинена, то вона в такому випадку знайде собі заняття в міру своїх можливостей, а її природна спостережливість частіше «штовхатиме» її прибігати до мами із запитаннями. Пасивна ж дитина, розвиток якої недостатній, може просидіти в кутку пісочника, одноманітно копаючи совочком, або, навпаки, бігатиме, чіплятиметься до інших дітей і не звертатиме уваги на все, що її оточує. Інша справа, коли на прогулянці дорослий і дитина разом відпочивають, спілкуються між собою, організовуючи свій простір нових пізнань навколишнього

оточення. Така прогулянка дасть незрівнянно більшу користь обом, бо вона буде наповнена сенсом життя, радістю спілкування.

За межами квартири дитина щодня потрапляє в багатобарвний та мінливий світ природи, і треба дбати, щоб знання про природу в малюка щодня поповнювалися та впорядковувались. Це і знання про пори року (ознаки зими, весни, літа, осені), а також про різні рослини (квіти, дерева, ягоди, фрукти, овочі), тварини і птахи, про те, де вони живуть, чим харчуються. Проте всі ці знання – не самоціль. Не так уже й суттєво, які, наприклад, дерева знатиме дошкільник. Це завжди справа й уподобання дорослих і реальних навколишніх умов: десь ростуть ялини і берези, а десь – каштани та акації. Важливе інше – це вправляння у мисленні. Знайомлячись щодня з новим об'єктом, спостерігаючи за його особливостями та схожістю з іншими, даючи йому назву, об'єднуючи в групу з однорідними предметами, дитина все це робить уперше разом з дорослим, за його дбайливої підтримки. Привертайте увагу малюка до різних предметів, розглядайте їх, супроводжуючи доступною розповіддю, поясненнями, розмовляйте з дитиною та підкріплюйте свою розповідь конкретними діями, безпосереднім сприйманням того, про що йдеться у розповіді.

Один крок вперед – два назад

Часто дорослі намагаються усунути той недолік у розвитку дитини, який вони щойно виявили. Наприклад, помітили, що хлопчик гірше розмовляє, ніж його ровесник у сусідів, і тут же намагаються надолужити: старанно вчать вірші, змушують дитину переказувати казки. Але це не завжди дає позитивні результати. Чому? Тому що розвиток мовлення відбувається на базі інших психічних процесів, які починають формуватися раніше, і які, очевидно, теж були розвинені недостатньо. Виходить, що для успішного просування вперед потрібно повертатися назад, до того, що діти засвоюють у значно молодшому віці.

З такою ситуацією часто доводиться зустрічатися в період підготовки дитини до шкільного навчання або на початку навчання, коли вже виявляються перші труднощі в оволодінні читанням, письмом. Допомагаючи таким дітям, доводиться повертатися на три-чотири роки назад, до того часу, коли, наприклад, іде активний процес розрізнення звуків рідної мови чи ознайомлення з розміром та формою предметів. Щоб відбувся подальший розвиток, прогалини мають бути усунені.

Інколи причиною всіх бід вважають погану пам'ять дитини. І справді, дитина запам'ятовує погано: не може вивчити вірш, а вивчивши його ціною великих зусиль, швидко забуває, не запам'ятовує вивченого на уроці. Але даремно ми займалися б тренуванням запам'ятовування, бо воно само залежить від багатьох причин, насамперед, від розуміння змісту того, що треба запам'ятати. Якщо розуміння недостатнє, запам'ятовування можливе тільки механічне, а воно є непродуктивним там, де потрібне осмислення, розуміння. Отже, для розвитку пам'яті потрібен і розвиток мислення. Мислення ж, у свою чергу, проходить довгий шлях розвитку і починається ще тоді, коли дитина пізнає прості властивості речей за допомогою відчуттів та сприймання. Конкретно-чуттєвим досвідом закладаються основи для всього подальшого розвитку, насамперед мислення і мовлення, які тісно пов'язані між собою.

Чуттєвий досвід – основа інтелектуального розвитку дитини. Повноцінний розвиток мовлення відбувається тоді, коли кожне слово для дитини наповнене конкретним змістом, який відображає її власний досвід.

Бувають випадки, коли в силу різних обставин формування мовлення в дитини недостатньо спирається на досвід чуттєвого, практичного пізнання нею навколишнього світу. Тоді засвоєні слова для дитини виявляються «порожніми», вона за ними не бачить реального змісту, у неї не виникає ніяких уявлень. Таке можна нерідко спостерігати у дітей, які бувають тривалий час прикуті хворобою до ліжка чи інвалідного візка

(наприклад, при дитячому церебральному паралічі), не можуть активно рухатися і досліджувати навколишнє середовище. Натомість вони чують навколо себе розмови переважно дорослих людей і засвоюють їхнє мовлення. Вони й самі охоче і подовгу розмовляють, вживаючи складні мовленнєві звороти, і для недосвідченого спостерігача здаються інтелектуально дуже розвиненими. Проте насправді вони можуть виявитися зовсім безпорадними у процесі розв'язання звичайних пізнавальних, практичних завдань. Слово у них не виступає знаряддям мислення, бо воно для них не несе в собі ніякого змісту. Таке явище називають вербалізмом. Його, звичайно, у дещо пом'якшеній формі можна спостерігати й у фізично здорових дітей, які живуть ізольовано в оточенні дорослих людей, особливо літніх, схильних більше розмовляти з дитиною, не даючи належного простору для її дослідницької, практичної діяльності і спілкування з ровесниками. Найслабшою ланкою у дітей із затримкою психічного розвитку є чуттєве пізнання навколишнього світу, тобто збідненість усіх тих знань, уявлень, вражень, які здобуваються від безпосереднього ознайомлення з якостями різних предметів. Очевидно, цей прикрий факт значною мірою зумовлений тим, що саме в ранньому дитинстві, коли, як правило, відбувається бурхливе нагромадження чуттєвого досвіду, діти з ослабленою нервовою системою не отримують належної допомоги з боку дорослих. У цей час батьки або не помічають відставання психічного розвитку свого малюка, або не надають йому серйозного значення, або ж, не знаючи, яких заходів треба вжити, покладаються на плін часу. Коли ж відставання нарешті помічають, намагання навчати дитину – до того ж примусовими методами – виявляються марними. У таких випадках слід повернутися назад і «заповнити» прогалини попереднього розвитку дитини. Отже, в якому віці не починалася б робота над подоланням недоліків розвитку дитини, завжди доводиться повертатися до того, чого вона недоотримала в ранньому і дошкільному віці, до розширення, зміцнення і систематизації її безпосереднього чуттєвого пізнання предметів і явищ навколишнього світу. Дорослим потрібно так організовувати діяльність дітей, щоб їм доводилося постійно вчитися виявляти різні ознаки предметів, порівнювати їх між собою за цими ознаками. Так, поступово протягом дошкільного періоду, навчаючись розрізняти кольори та їх відтінки, основні геометричні форми, розміри, діти повинні навчитися користуватися цими еталонами в повсякденному житті (яблуко і помідор схожі, бо округлі, а огірок схожий на моркву, бо теж довгий).

Принципове значення для розвитку дитини має дотримання правила: спочатку навчити дитину практично користуватися ознакою, а потім, іноді значно пізніше, вчити її називати. Наприклад, буде правильно, якщо малюк зуміє знайти серед іграшок і подати мамі іграшку такого самого кольору, як у неї в руці – «таку саму», а потім уже запам'ятає, що вона зелена чи червона. Запам'ятовування назв відбувається часто невимушено: дитину й не потрібно спеціально вчити запам'ятовувати слово, адже у процесі практичного розрізнення ознак предметів дорослі увесь час їх називають. Згодом уже стане можливим попросити її знайти іграшку не за зразком («таку саму»), а просто сказати: «Дай мені червону». Отже, потрібно дбати про те, щоб дитина, вживаючи слово, бачила і чула ту конкретну реальність, яку воно означає. Набагато менша біда, якщо вона вміє практично розрізняти предмети за певними ознаками, але не вміє їх назвати, ніж навпаки – називає ознаки, а практично ними не користується. Якщо в першому випадку дитина вміє практично мислити, хоча з якоїсь причини відстає в розвитку мовлення, то в другому – зовсім безпорадна, бо запам'ятовані слова не допомагають їй орієнтуватися в житті, навколишньому світі. Такої прикрої ситуації вдається уникнути, якщо дитина всьому навчається у процесі практичної діяльності під час гри.

Звичайно, засвоєння сенсорних еталонів відбувається в нормі дуже рано, тому завжди корисно переконатися, чи володіє дитина цим раннім досвідом, а виявивши прогалини, заповнювати їх.

Важко передбачити, якої складності завдання відповідатимуть можливостям конкретного дошкільника із затримкою психічного розвитку. Це залежить і від особливостей функціонування його нервової системи та загального стану здоров'я, і від того, як рано почали виправляти недоліки його розвитку. Добре уявляючи те, чого треба навчити дитину, можна завжди знайти заняття, які її зацікавлять і не будуть надміру втомлювати.

Корекція затримки психічного розвитку у школярів

Відставання від вікових норм у сформованості пізнавальних функцій, соціально-комунікативних навичок, довільної поведінки, обізнаності з навколишнім світом є ознаками затримки психічного розвитку дитини. Такі діти потребують спеціальної підготовчої педагогічної роботи, щоб надалі мати змогу включитися у навчальний процес. Для забезпечення дітям із затримкою психічного розвитку відповідних умов для успішного навчання в нашій країні уже чверть століття працюють спеціальні школи інтенсивної педагогічної корекції інтернатного типу. Оскільки для навчання у спеціальній школі дитина відривається від сім'ї, щоденної батьківської турботи про неї, то перевагу стали віддавати створенню спеціальних класів при загальноосвітніх масових школах. У спеціальних школах і класах цього типу працюють переважно вчителі масової школи, які пройшли фахову підготовку та ознайомилися з психологічними особливостями дітей з відставанням у розвитку, оволоділи особливостями методики педагогічної роботи з ними. Звичайно, у цій спеціальній школі знайде застосування своїм знанням учитель-дефектолог. Програма навчання і корекційної роботи з дітьми в школах-інтернатах і класах при загальноосвітній масовій школі однакова і загалом відповідає програмі масової школи. Проте є в ній і специфічні особливості.

1. Освіта у початковій ланці розрахована на п'ять років замість чотирьох. Це дає можливість протягом першого року навчання заповнити прогалини в розвитку дітей, підготувати їх до засвоєння основ наук, а надалі дрібніше дозувати навчальний матеріал, уповільнити темп його засвоєння, збільшити тривалість повторення вивченого.

2. Значно менша кількість дітей у класі (не більше від 12) сприяє індивідуалізації корекційної роботи з кожною дитиною відповідно до її психічного і фізичного стану, рівня знань, умінь і павичок.

3. У методиці навчання дітей спочатку багато місця займають ігрові форми, подібні до тих, що використовуються в роботі з дошкільниками, з метою поступового підведення дітей до оволодіння навчальною діяльністю та роллю учня. Таким чином протягом п'яти років початкового навчання діти засвоюють повний обсяг програми початкової масової школи. Ті з них, хто позбувся ознак затримки психічного розвитку (добре засвоїли навчальний матеріал і набули нормальної працездатності), переводяться рішенням педагогічної ради до основної масової школи. Решта ж дітей, які й надалі мають певні труднощі у навчанні, продовжують навчатися в спеціальному класі (школі).

Діти, яким психолого-медико-педагогічною консультацією встановлено діагноз затримки психічного розвитку та визначено зміст корекційного навчання, можуть відвідувати масову школу на загальних засадах, отримуючи щотижня право на додаткових п'ять годин корекційних занять із педагогом. Така форма, як домашнє навчання виправдана і дозволяється тільки в тих випадках, коли дитина через хворобливі розлади поведінки є небезпечною для колективу чи через важку хворобу фізично неспроможна відвідувати школу. Відвідування ПМПК є добровільною справою, проте уникнення її може призвести до ускладнення навчальної ситуації в подальшому. Ми вже зазначали, що чим пізніше виявлені навчальні труднощі у дитини, тим складнішим буде процес щодо їхньої компенсації. Як уже наголошувалося, затримка психічного розвитку за сприятливих умов навчання і виховання дитини великою мірою піддається корекції і компенсації. Було б неправильно, якби в

молодшому шкільному віці можливості розвитку дитини були втрачені через неадекватні потребам дитини умови навчання. Зрозуміло, що оптимальними умовами для початку навчання дитини із затримкою психічного розвитку є спеціальний клас інтенсивної педагогічної корекції при масовій загальноосвітній школі. Проте сьогодні таких класів дуже мало, і дитина дуже часто змушена навчатися у масовому класі. За цих умов успішність її навчання великою мірою залежатиме від єдності зусиль усіх зацікавлених сторін.

Підготовка дитини до школи

Велике значення має старт шкільного навчання. Щоб він не травмував дитину і був успішним, вона має бути якомога краще до нього підготовленою. Краще, коли дитина із затримкою психічного розвитку розпочне шкільне навчання в сім, а не в шість років (особливо за умови відвідування класу масової школи). Разом із тим слід усвідомлювати, що пізніший початок навчання буде успішним лише за умови, коли протягом сьомого року життя з дитиною здійснювалася підготовча до школи розвивальна робота.

Затримка психічного розвитку має бути підтверджена психолого-медико-педагогічною консультацією, що дасть право дитині на п'ять щотижневих додаткових годин корекційних занять з педагогом. У разі соматичної і психічної ослабленості, вираженої астенізованості дитина за медичним висновком може мати додатковий вихідний день серед тижня, а пропущені уроки компенсуватимуться індивідуальними корекційними заняттями. Якщо були вжиті всі необхідні педагогічні заходи, то рівень навчальних досягнень дитини буде достатній і забезпечить їй наступність у засвоєнні програмового матеріалу загальноосвітньої школи.

Як слід ставитися до шкільних успіхів дитини із затримкою психічного розвитку

Відомо, що у школяра, особливо молодшого, навчання стає настільки значущою справою, що воно позначається на всіх сферах життя дитини: стосунках з батьками, педагогами, однокласниками, а звідси – і на ставленні до самої себе, настрої та емоційному самопочутті. Усе це – важливі фактори формування дитячої особистості. Тому навчання має загалом сприйматися дитиною як успішне і таке, що підтримує в неї самоповагу. Тим часом у дітей із труднощами у навчанні невдач буває значно більше, ніж успіхів. Щоб дати дитині пережити почуття успіху і виробити адекватне ставлення до навчальних проблем, дорослим потрібно добре розуміти її психологічні особливості та причини деяких негативних проявів поведінки дитини.

Надмірне форсування успіхів дитини у навчанні та поведінці становлять загрозу для дитини із затримкою психічного розвитку. Проте пам'ятаючи, що вимогливість – це неодмінна умова педагогічного успіху, можна захопитися рішучою боротьбою з «незібраністю», «неорганізованістю», «лінощами», якими, як правило, пояснюють навчальні невдачі дитини, не розуміючи їх дійсних причин. Тим часом усі ці недоліки часто бувають проявами затримки психічного розвитку, і для їх подолання однієї тільки вимогливості буває замало, а поєднання її з нерозумінням стану дитини часто призводить до наслідків, протилежних очікуваним. Вони добре ілюструються прикладами з практики.

Намагання подолати ці недоліки без достатнього знання їх причин і призводить до надмірної в цій ситуації вимогливості. За таких обставин у дитини може виникнути небезпечний стан, який психологи називають синдромом хронічної неуспішності. Він виявляється в суперечливому поєднанні надто високого (як для неї) рівня домагань і заниженої самооцінки. Зрозуміло, що високий рівень домагань – це відображення рівня вимог батьків, задовольняти який дитина почувається зобов'язаною, але не в змозі їх виконати. І під впливом невдач у неї формується занижена самооцінка. І тоді вона перестає

вірити у свою здатність виконати навіть посилене завдання і зовсім перестає працювати. Така дитина може тихенько просидіти цілий урок, так і не взявшись за ручку, не відповідаючи на запитання. Те ж саме спостерігається і вдома, коли вона просиджує за столом годинами, дивлячись у вікно замість того, щоб виконувати домашні завдання. Насправді це руйнівний стан дитячої психіки, який веде до різних викривлень особистісного розвитку.

Дійсно, почуватися поганим, усвідомлювати постійне невдоволення батьків для дитини нестерпно, адже батьки для неї є абсолютною владою, від гніву чи милості якої залежить дуже багато. Щоб уникнути батьківського невдоволення, дитина і вдається до обману. Сказана неправда, у свою чергу, тягне за собою інші деформації її особистості. Усвідомлюючи свій поганий вчинок, вона мусить якось виправдатися перед собою, адже почуватися поганим – нестерпно. І мимохіть починаються пошуки винного, який змусив вчинити саме так. Виникають недобрі почуття до батьків, розвивається недоброзичливість, агресивність як риси характеру. В інших дітей через психічну слабкість і нездатність на агресію розвивається невротичний стан «втечі у хворобу», коли вони на кожную трудність реагують хворобливими симптомами. Так, коли треба йти до школи (чи перед контрольною роботою), у дитини починається головний біль, болі в животі, нудота і т.ін. Ці скарги не можна розглядати як симуляцію, дитина справді страждає. Іноді у неї навіть підвищується температура. Для подолання такого стану, крім психолого-педагогічних заходів, потрібною буває і допомога дитячого психоневролога.

Уникнути всіх цих негативних явищ допоможе педагогічна компетентність батьків і добре знання особливостей дитини та організація спеціального супроводження – медичного, психологічного та педагогічного.

Загальною ж стратегією у роботі з дитиною, яка має труднощі в навчанні, є збереження її позитивного ставлення до навчання і до себе як учня, підтримка у неї віри у свої можливості. А це означає, що вона має обов'язково переживати успіх, якими б скромними не були її навчальні можливості, і в цьому обов'язково потрібно їй допомогти. Працюючи над заповненням прогалин у знаннях і вміннях дитини, важливо пам'ятати про межі її витривалості. Тут може стати в пригоді і лікарська консультація. Найменший успіх у навчанні дитини має бути поміченим і сповна пережитим. Успіхів вдасться знайти набагато більше, якщо її досягнення порівнювати не з ідеальними (чи чужих дітей), а звіряти з тим, чого вона не знала і не вміла вчора, а сьогодні навчилася.

Для формування позитивних рис особистості школяра, який зазнає труднощів у навчанні і має невисоку успішність, дуже важливо знайти в нього якісь інші здібності, реалізація яких могла б принести йому задоволення і самоствердження.

Багато хто з таких дітей любить майструвати, займатися рукоділлям, господарювати в домі. Часто серед них є діти з художніми здібностями: до малювання, ліплення, гри на музичних інструментах. І тут вони виявляються кмітливішими, ніж у шкільному навчанні, і можуть досягти набагато більших успіхів.

ДОДАТОК 5

Вплив інвалідизуючого фактора та усвідомлення його наявності

Неможливість формування якостей і функцій – дефіцит: незворотні, але є можливість компенсації та пристосування.

Затримка у формуванні якостей і функцій – дисбаланс: зворотні, є можливість компенсації та додання.

Основні види психічних вад:

- розлади особистості;
- невротичні розлади;
- психосоматичні розлади;
- психози;
- органічні (незворотні) розлади.

Фізичні вади без наявності суттєвих психічних порушень зазвичай супроводжуються невротичними розладами.

Прояви, наслідки психологічних проблем:

- тривога, помисливість, хворобливість;
- пасивний саботаж, байдужість;
- опозиційно-протестна (заважаючи, деструктивна) поведінка та/або ризикове поводження, епатаж;
- агресія;
- песимізм, депресія;
- формування різних видів психологічної та хімічної залежності (телевізійна, комп'ютерна, ігрові автомати, куріння, алкоголь, наркотики);
- шкільна неуспішність.

ДИТИНА–БАТЬКИ: первинний аналіз наявних особливостей впливу інвалідності на дитину:

- аналіз індивідуальних біологічних функцій і функціональних можливостей (біологічний і психологічний вік, рівень функціонального обмеження, психофізичні можливості);
- виявлення специфіки психологічного і соціокультурного розвитку (наявність наслідків впливу історії життя та інших різномісцевих соціальних факторів, рівень задоволення базових та актуальних потреб, ролі, статус, наявність очікувань з боку оточуючих, культурні й субкультурні цінності, норми, тощо);
- усвідомлення психологічних характеристик (сприйняття, пам'ять, здатність до вирішення проблем, характер самооцінки, рівень залежності, адекватність реакцій);
- дослідження особливостей психосоціальної адаптації, процесу взаємного впливу дитини і її оточення;
- рівень соціалізації дитини, її залучення до соціально-педагогічного процесу (соціалізації).

ДИТИНА – БАТЬКИ: спрямованість дій стосовно допомоги й розвитку:

- Одування – пошук «ідеального» лікаря, ліків, методів. Часто приводить до марнування часу та зусиль чи до погіршення стану здоров'я дитини. Але як форма постійної «пошукової активності» при зворотних порушеннях, захворюваннях може мати суттєвий ефект знаходження найбільш ефективних та адекватних методів лікування.

- Компенсація – можливий шлях при наявності незворотних порушень, захворювань у стані здоров'я дитини, спрямована на підтримку існуючих можливостей розвитку дитини в межах її функціональних можливостей. При зворотних порушеннях, зазвичай – це не розвиваюча допомога, а ігнорування, «самоплив» у розвитку дитини та її стану.
- Адаптація – навичка адекватного, компенсаторного додання існуючих порушень, захворювань у стані здоров'я дитини, незважаючи на ступінь зворотності/незворотності, з максимально можливим розвитком власного особистісного потенціалу дитини та її компетенцій.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 3.2

ДОДАТОК 1

Визначення основних складових повноцінного стилю життя

Побудова демократичного суспільства, що задекларовано на всіх рівнях влади, передбачає створення умов для самореалізації та самоактуалізації особистості як головної цінності суспільства.

Стиль життя – прояв індивідуальної цілісності особистості, яка активно прагне досконалості. Це – сукупність захисних стратегій і компенсаторних прийомів, які застосовує суб'єкт у відповідь на вплив з боку найближчого соціального оточення.

Поняття «незалежне життя» у концептуальному значенні має на увазі два взаємозалежні моменти. У соціально-політичному значенні незалежне життя – це право людини бути невід'ємною частиною життя суспільства і брати активну участь у соціальних, політичних та економічних процесах, це воля вибору й воля доступу до житлових і громадських споруд, транспорту, праці й освіти. Незалежне життя – це можливість самому визначати і вибирати, приймати рішення і керувати життєвими ситуаціями. У соціально-політичному значенні воно не залежить від потреби людини вдаватися до сторонньої допомоги або якихось засобів, необхідних для її фізичного функціонування. У філософському розумінні незалежне життя – це спосіб мислення, це психологічна орієнтація особистості, що залежить від її взаємин з іншими особистостями, її фізичними можливостями, системою служб підтримки й навколишнім середовищем. Філософія незалежного життя орієнтує людину, яка має інвалідність, на те, що вона ставить перед собою такі ж завдання, як і будь-який інший член суспільства. Ми всі залежимо один від одного. Ми залежимо від пекаря, що випікає хліб, від взуттєвика і кравця, від листоноші і телефоністки. Взуттєвик або листоноша залежать від лікаря або вчителя. Однак ця взаємозалежність не позбавляє нас права вибору. Ми самі визначаємо як і коли приймати ті або інші рішення.

Проте в державі існує соціальна група, яка не може насолоджуватися повноцінним життям через хворобу або дефекти організму, а має пристосовуватися до того стилю життя, який пропонує їй суспільство «здорових людей». Мова йде про особливу соціальну групу людей із функціональними обмеженнями здоров'я. Тому надзвичайно актуальним виявляється вивчення особливостей стилю життя людей з інвалідністю.

Функціональні дії для здійснення повноцінного стилю життя

Для повноцінного стилю життя людина з фізичними обмеженнями здоров'я має здійснювати, згідно з Т. Парсонсом, **чотири функціональні дії**: адаптацію, досягання цілей, інтеграцію та утримання зв'язків.

Так, **адаптація** передбачає створення економічного середовища, яке має забезпечити необхідний мінімум матеріальних благ.

Ціледосягнення слугує задоволенню потреби у соціальній активності.

Інтеграція здійснюється за допомогою правових механізмів і зменшує ступінь напруженості та запобігає соціальним конфліктам.

Збереження суспільних цінностей здійснюється функцією **утримання зв'язків**.

Система показників стилю життя спрямована на оцінку реальної поведінки людей. Вона має включати два типи показників:

- об'єктивний (реальний), який характеризує реальну поведінку людей;
- суб'єктивний (ідеальний), який відображає представлені знання про зразки поведінки.

Отже, можна зробити висновок, що людина з фізичними обмеженнями в Україні має стиль життя, який не можна вважати комфортним: екстремальна бідність, коли «грошей

ні на що не вистачає», обмежене спілкування («Спілкуюсь тільки в родині»), відсутність життєвих перспектив через недостатність освіти, у тому числі – вищої («Дуже хочу навчатися, але не знаю, як зробити це реально»), недоступність гідного працевлаштування («Роботодавці нас бояться, не довіряють»). До цього треба ще враховувати не досить толерантне ставлення оточення до людей з інвалідністю.

Зрозуміло, що рівень розвиненості суспільства залежить від рівня комфортності життя дітей, літніх людей та людей із фізичними обмеженнями здоров'я. В Україні це може стати можливим за наявності таких умов:

- кардинальних змін у соціальній політиці держави, яка має перейти від компенсаційної моделі до моделі інтеграційної;
- активізації щодо створення мережі інтегрованих центрів для реалізації комунікаційних потреб інвалідів і здорових людей;
- розширення системи навчальних закладів інклюзивної освіти, у тому числі – вищої, що допоможе задовольнити потреби у самоактуалізації та самореалізації людей з особливими потребами;
- набуття якісної освіти, престижної спеціальності вирішить питання працевлаштування інвалідів, забезпечить гідне існування та економічну незалежність цієї особливої соціальної групи в умовах конкуренції на ринку праці.

Головною метою соціально-педагогічної допомоги людям з особливими потребами є інтеграція в суспільство.

Базовими етичними принципами соціально-педагогічної роботи із цією категорією дітей та молоді є:

- співчуття, милосердне, позитивне ставлення до кожної особистості, повага і прийняття її такою, яка вона є;
- вирівнювання можливостей у різних сферах життя;
- свобода вибору видів соціально-педагогічної допомоги. Головні завдання соціально-педагогічної допомоги:
- адаптація та реадaptaція, соціалізація особистості;
- задоволення особливих і соціальних потреб інваліда;
- педагогізація життєвого простору інваліда;
- нормалізація життя родини, у якій живе інвалід. У структурі соціально-педагогічної допомоги першим визначається соціальний компонент. Тому цілком природним є задоволення особливих потреб інвалідів шляхом надання соціальних послуг.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 3.3

ДОДАТОК 1

Основні напрямки виховання та розвитку дитини з інвалідністю в сім'ї з точки зору нормалізації життя, організації простору та часу в її побуті

Основні напрямки виховання та розвитку дитини в сім'ї:

- Забезпечення базових потреб.
- Вирішення проблем поведінки.
- Навчання навичкам самообслуговування.
- Розвиток комунікативних навичок.
- Розвиток побутових навичок (залучення до ведення домашнього господарства).
- Забезпечення фізичного розвитку.
- Пізнавальні навички (підготовка до занять у навчальному закладі).

Забезпечення базових потреб

Умови організації простору

Організація простору включає такі складові: безпека, обладнання кімнати, квартири, підтримання порядку, забезпечення комфорту і затишку.

Безпека

Дитяча кімната повинна бути обладнана з урахуванням того, що дитина буде тут бігати, стрибати, вилазити на меблі. Необхідно забезпечити простір для вільного пересування дитини по кімнаті та квартирі, не переобтяжуючи її меблями та іншими речами. Підбираючи меблі, уникати гострих кутів, також розміщення в кімнаті (квартирі) небезпечних предметів (скляних, гострих і т. ін.), щоб уникнути травмування. Усі небезпечні предмети повинні знаходитись в недоступному для дитини місці.

Забезпечення комфорту й затишку

Кольорова гама оформлення кімнати для дитини повинна бути витримана в заспокійливих тонах, світло приглушене, неяскраве. Важливо забезпечити шумоізоляцію та чітко розділити зони навчання, гри й відпочинку.

Обладнання кімнати, квартири

Стіл та стільчик для занять, іграшки (наприклад: дерев'яні та пластмасові набори, конструктори, різноманітні матрьошки, пірамідки, мозаїки і т. д.) та ящик для них, матеріали для творчості (кольорові олівці, фломастери, фарби, пензлі, кольорова крейда для малюнків на асфальті, кольоровий папір і картон, пластилін). Підбір книг для дитини потрібно проводити з урахуванням віку, з малюнками та простими реченнями, конкретними висловлюваннями, уникати абстрактних і фантастичних сюжетів.

Підтримання порядку

У кімнаті дитини має бути визначений порядок. Усі предмети, речі, іграшки повинні мати своє місце. Речі в шафі складені на полицях (майки до майок, носки до носків, і т. д.), або розвішані на вішалках в одному і тому ж порядку. Але потрібно уникати повної довершеності, залишаючи можливість для ненав'язливих змін.

І коли щось потрібно буде змінити в кімнаті (наприклад, повісити малюнок, що виконала дитина, або інше) робити це потрібно після узгодження з дитиною. Якщо не вдалось досягти порозуміння, то на даний момент потрібно відкласти ці дії, але повторити спробу за більш сприятливих умов. Бажано створити емоційно позитивний настрій, обговорюючи майбутні зміни з дитиною, залучити її до дій, спрямованих на зміни, наприклад, підібрати разом шпалери для стін під час ремонту.

Організація часу:

Додержання режиму дня важливо для всіх дітей – це необхідна умова розвитку.

Структурування часу полягає у визначенні порядку, в якому події дня відбуватимуться, а також в організації діяльності всередині кожної з подій.

Якщо скласти приблизний розпорядок дня дитини (обов'язково з його посильною участю), а також щотижневий розклад (які події відбуваються в різні дні тижня) і розмістити їх на видному місці, то це може бути реальний і вагомий крок до самоорганізації. У випадку, наприклад, якщо дитину зазвичай важко посадити за приготування домашніх завдань, то замість нагадувань про це можна делікатно відіслати його до розкладу: «Подивися, що там написано у розкладі? Ну, раз уже там написано – нічого не поробиш, треба сідати за уроки» і т. п.

У якій формі найбільш оптимально скласти такий режим-розклад у вигляді піктограм або написаних слів, – найкраще вирішити разом із самою дитиною, слід сказати, що для меншого віку невеликі малюнки-піктограми можуть оживити розклад (а значить – зробити більш привабливим і, відповідно, дієвим).

Необхідно дізнаватися і по можливості враховувати думку самої дитини про те, що їй хочеться робити в даний період; постійно брати до уваги, що для неї особливо важко, а що дається легше. Важливо не тільки раціонально пояснювати, чому все-таки необхідно навчитися тієї чи іншої справи, як би це не було утомливо; важливо разом з дитиною обговорювати, які переваги дасть їй самостійне володіння тою чи іншою навичкою, як це буде здорово і радісно – не залежати ні від кого в тих чи інших повсякденних побутових ситуаціях. Таким чином, перед дорослим стоїть непросте завдання – захопити дитину, вселити в неї віру в необхідність і реальність оволодіння різними побутовими справами.

Режим дня (як і порядок у кімнаті) повинен мати послідовність та цикл повторення. Тоді хаос і фрагментарність у свідомості дитини поступово переростуть у цілісну картину світу. А впорядковане передбачуване життя допоможе організувати її поведінку. Не може бути стандартного режиму дня – часовий розпорядок життя кожної дитини індивідуальний та по-різному емоційно заповнений, до того ж він змінюється з віком.

Час – абстрактна категорія. Але для життя потрібно пам'ятати події минулого, планування майбутнього. Тому обов'язкове формування елементарного уявлення про час у дітей. Це потрібно робити поступово, починаючи з простого: знайомство із часом, засвоєння понять «ранок», «день», «вечір», «ніч» «тиждень», «день тижня», «місяць», «пора року». Для знайомства з поняттям часу використовують такі способи: спостереження, бесіда, малювання. Спочатку можна згадати й обговорити події минулого дня, потім можна згадати події вчорашнього дня, після цього спланувати, що потрібно зробити завтра. Можна помріяти, наприклад, про день народження.

Режим дня залежить від:

- віку дитини;
- біологічних ритмів дитини;
- традицій сім'ї;
- можливостей сім'ї.

Режим дня може бути складений у вигляді малюнка, фото, піктограми, тексту (або того й іншого) і розташованими у доступному для дитини місці, бо користуватись ним потрібно разом. Показувати, коментувати й виконувати кожну дію згідно з розкладом. Поступово можна вводити нові деталі у звичні дії, інколи можна змінювати режим, попередньо домовившись про це з дитиною. Організація чіткого режиму дня допоможе у засвоєнні побутових навичок: із часом дитина почне розуміти, що доки вона не одягнеться – не зможе піти на прогулянку, доки не поміє руки – не сяде за стіл.

ДОДАТОК 2

Вироблення адаптивних навичок поведінки

Після освоєння дитиною простору квартири потрібно виходити за її межі.

За межами квартири дитину чекають зустрічі із сусідами в ліфті, з дітьми на дитячому майданчику, перехожими на вулиці, пасажирями в транспорті, покупцями в магазині.

До цих зустрічей потрібно заздалегідь готуватись, обговорюючи з дитиною місця події та можливі зустрічі з людьми. Коли дитина з особливими потребами потрапляє в нове для неї середовище, вона відчуває дискомфорт. І будь-яка ситуація може спровокувати непередбачувані дії з її боку. Тому необхідно крок за кроком допомагати, підтримувати та пояснювати все, що відбувається навколо. Крім того, потрібно допомогти їй відчути себе учасницею всіх подій. Знайомити з іншими дітьми на майданчику, пояснювати, що в транспорті вона теж пасажир, у магазині – покупець і т. д. Не забувати про важливість першого досвіду.

Для того, щоб успішно освоювати новий простір, потрібно придержуватись певних правил:

- освоювати новий простір поступово;
- готуватись до походу заздалегідь;
- привчати дитину користуватись транспортом;
- відвідуючи нові місця, не затримуватись там надовго;
- діяти за обставинами;
- вдома обговорювати разом з дитиною побачене, згадуючи цікаві деталі.

Адаптивні навички – це області щоденних навичок, необхідних для життя, роботи і відпочинку в суспільстві. Вони включають у себе вміння спілкуватися, самодопомогу, організацію сімейного життя, соціальні навички, проведення дозвілля, турботу про здоров'я і безпеку, функціональну освіту (читання, письмо, арифметика), вміння приносити суспільну користь, можливість працювати:

1. Незалежна життєдіяльність: прийняття їжі, користування туалетом, дотримання чистоти, дотримання охайності, турбота про зовнішній вигляд, одягання і роздягання, переміщення.
2. Фізичний розвиток: сенсорний розвиток, руховий розвиток.
3. Економічна діяльність: уміння поводитися з грошима і скласти бюджет, уміння здійснювати покупки.
4. Мовний розвиток: здатність осмислювати і висловлювати інформацію через символи (усно або письмово), здатність до несимволічної поведінки (вираз обличчя, дотик, жести, рухи тіла), вираження думок, слухове осмислення – розуміння того, що було сказано, здатність вчитися вести розмову з іншими.
5. Розуміння датування і часу.
6. Професійна і непрофесійна діяльність: навички, необхідні для отримання роботи, поведінка на роботі.
7. Самоспрямованість (навички у виборі вчинків): ініціативність, наполегливість, вибір часу для відпочинку.
8. Відповідальність.
9. Соціальні навички: як сказати «ні», прохання про допомогу, прийняття критики, висловлювання подяки, відстоювання своєї думки, подолання звинувачення.
10. Соціальна поведінка (прийнята в даному суспільстві).
11. Соціальна залученість (здатність бути з іншими людьми та підтримувати розмову).

Розвиток комунікативних навичок

Мова – це щось абстрактне і швидкоплинне.

Діти інколи не встигають за швидкістю мови, якщо за один раз видається багато інформації. Короткі й чіткі речення ними сприймаються найкраще. Розуміння вимоги або прохання часто базується на ситуаційному зв'язку. Не слова дають інформацію, а візуальні (інші) подразники, які зв'язані з даною ситуацією (наприклад, дитина вміє проситись у туалет вдома, а в гостях, коли багато чужих людей, вона цього не зробить). Деякі діти взагалі не говорять або не користуються активною мовою. Ті, хто володіє якоюсь мірою мовою, може мати серйозні комунікаційні проблеми. Їм складно користуватись мовою для задоволення своїх потреб, висловити прохання. Бажання вступити в контакт для бесіди зовсім мізерне, або відсутнє. Сама мотивація може бути дуже слабка або відсутня.

Після того, як навчили дитину розуміти значення певного слова, потрібно використовувати це знання для спілкування з дитиною під час занять, гри та в повсякденному житті. Гра корисна не тільки тим, що є джерелом словникового запасу. Для стимуляції мовленнєвого розвитку дитини важливе значення має стимуляція діалогічного мовлення (відповіді на запитання) з опорою на сюжетні малюнки. Використання серії сюжетних малюнків учить дитину створювати оповідання. Коли дитина почне говорити, охоплюють кілька різних сторін розвитку її мовлення, продовжують заняття по дотриманню черговості, здатність концентрувати увагу і вміння наслідувати. У процесі спільних ігор з іншими дітьми у дитини виникає потреба спілкуватися: попросити потрібну річ, поділитися враженнями від того, що відбувається і т. д.

Під час гри треба навчати дитину дотримуватись черговості. Стимулювати використання мови для прохання отримати улюблену іграшку, води, їжі, тощо. Допомогати розпочати розмову запитаннями та дорученнями, створювати ситуацію, яка надає можливість дитині проявити ініціативу та звернутися до співрозмовника. Проводити заняття на розширення діапазону інтересів та ігрових навичок.

Розглядання малюнків завжди повинно супроводжуватися бесідою, яка стимулює дітей до активного мовлення. Систематично розглядати з дитиною сюжетні малюнки, розповідати про те, що на них зображено; спостерігаючи зображення подій та вчинків персонажів, дитина не тільки вчиться розуміти взаємозалежність між різними подіями, їхні причини та наслідки, але й співпереживає, вчиться розрізняти добро і зло, давати моральні оцінки. Роздивляючись із дитиною сюжетний малюнок, треба керувати її сприйманням, привертаючи увагу до різних деталей, що мають значення для розуміння змісту, та пояснювати їх. Якомога більше стимулювати дитячі висловлювання.

Іноді для контактів з дітьми, які ще не говорять, застосовують жести й піктограми, за допомогою яких дитина може почати говорити. Але якщо дитина не зможе говорити, то за допомогою цих засобів можна буде спілкуватися та контактувати з нею в майбутньому. Наприклад «Леб-система», де за допомогою піктограм і жестів дитина зможе вступати в комунікацію з іншими людьми. Такий вид комунікації застосовується відповідно до її спроможності розуміти; потрібно вивчити та зуміти вибрати потрібну піктограму в тому чи іншому випадку (але для того, щоб використовувати цю систему, потрібно при собі носити папку з піктограмами). Інший приклад: мова МАКАТОН, яку винайшла англійський логопед Маргарет Уокер більш як 30 років назад. Окрім піктограм використовують мову та жест. Але спочатку слово, жест і закріплюється візуально піктограмою. Коли закріпиться поняття, в подальшому можна користуватись словом та жестом, а потім узагалі перейти поступово на слова.

Заняття з розвитку комунікативних навичок повинні бути частиною повсякденної діяльності, природним доповненням до спільних ігор та догляду за дитиною.

Самообслуговування

Для дітей важливими сферами, у яких повинна бути досягнута самостійність, є: одягання, роздягання, користування столовими приборами під час їжі, користування туалету.

том, розчісування волосся, чищення зубів і т. і. Названі функції потрібно включити в щоденне тренування і бажано не економити часу на ці процедури. Важливо розмістити вішалку та полиці для речей на доступному рівні, щоб дитина змогла самостійно ними користуватись. Щоб підвищити мотивацію, можна застосовувати режим дня, навчати одягатись перед прогулянкою. Дитина буде зацікавлена швидше одягнутись та і піти гуляти.

За теорією Гольдштейна навчання можна розділити на кілька послідовних кроків. І поступово засвоювати, плавно переходячи від одного кроку до іншого. Коли всі кроки засвоїлись, продовжувати вправи можна на практиці в реальному житті. За тією ж методикою пропонується виготовити картки із зображенням того чи іншого кроку для візуалізації дії. Якщо завдання показати на картці, проговорити й показати жестами, то така інформація швидше сприйметься дитиною.

Побутові навички, залучення дитини до ведення господарства

Формування побутових навичок у дітей необхідне для соціальної адаптації у майбутньому. Їх потрібно спеціально навчати побутових навичок, використовуючи особливі способи, враховуючи наступні моменти:

- а) інтереси дитини: навчання не повинно викликати в дитини негативного відношення. Наприклад, якщо вона боїться звуку пілососа, коли він працює, то потрібно навчати її тільки після того, як страх пройде. Або якщо дитина любить гратися з водою, то навчати її мити посуд буде складно, бо вона буде розбризкувати воду;
- б) можливості дитини: потрібно визначитись, що зможе дитина робити, де зможе самостійно справитись, а де потрібна допомога дорослого;
- в) можливість застосування навичок у повсякденному житті: побутові навички, які дитина освоїла, потрібно включати в життя. Можливо закріпити за дитиною як її обов'язок у сім'ї.

Перш за все потрібно освоїти простір у квартирі: ознайомитися з призначенням кухні, ванни, туалету, зрозуміти призначення різних речей. Потрібно пояснити призначення цих кімнат та постійно коментувати різні побутові моменти, пояснюючи що відбувається. Також необхідно залучати дитину до домашніх справ. Хай вона бере посильну участь у всіх подіях, які відбуваються в домі. Послідовність виконання:

1. дорослий виконує сам з коментарем, залучаючи дитину до найлегших дій;
2. поступово частину дій виконує дитина, її участь у побуті з кожним разом збільшується;
3. дії дитини за усною інструкцією;
4. самостійне виконання.

Звичайно, потрібно враховувати вік та можливості, ставити посильні завдання. Через особливості психічного розвитку, в результаті того, що в дитини щось не виходить зробити самостійно, можуть виникнути неадекватні дії, тому потрібно усвідомити, що головне – не якість виконаного завдання, а участь у його виконанні.

Навчаючи дитину стереотипам поведінки в побуті, необхідно враховувати настрій дитини, радіти її успіхам, ігнорувати невдачі, налаштовувати на позитив. Вимагати від дитини виконувати будь-яку дію тільки в тому випадку, коли є впевненість, що дитина зможе це зробити. Навчати потрібно поступово, не навчати всьому відразу. Усі дорослі, які беруть участь у навчанні дитини, повинні діяти в одному напрямку (повторення одних і тих же кроків у визначеному порядку), схема дій повинна бути однаковою. Спочатку засвоюється спрощений варіант стереотипної поведінки в конкретній побутовій ситуації. Після засвоєння такого варіанту можна переходити до його ускладнення. Якщо дитина хоче зробити щось потенційно небезпечне для себе і оточуючих (викинути у вікно скляну банку, в електричну розетку вставити ножиці і т. д.), близьким потрібно сказати «Ні!» і твердо стояти на своєму. При цьому бути готовим до гостро негативної реакції дитини. Але для її безпеки потрібно сформулювати у неї систему необхідних заборон і правил. Щоб згладити таку реакцію, потрібно переключити інтерес на щось інше.

Фізичний розвиток

Недооцінювати заняття фізичним розвитком дитини не варто. Енергія, сила і прагнення до руху дитини можуть розвиватися ширше, ніж розумові та соціальні здібності. Включення вправ по володінню тілом надають можливість більш усвідомленого сприйняття власного тіла, краще управляти й контролювати власну поведінку. Разом з грубою моторикою важливо розвивати дрібну. Координоване володіння руками та пальцями стануть базою для набуття багатьох інших навичок: малювання, письма, мовлення, самообслуговування та оволодіння побутовими навичками.

Пізнавальні навички

Для дитини гра – це спосіб пізнання світу. Варто спеціально організовувати з ними прості ігри, зацікавлювати їх іграшками, оточуючими предметами та показувати, як ними можна маніпулювати. У процесі предметної та ігрової діяльності дитину можна навчити встановлювати розміри предметів, визначати їх форму, колір, просторові порівняння. У подальшому, застосовуючи рольові ігри, можна формувати стереотипи позитивної поведінки. Для того, щоб дитина могла навчатись, потрібно цілеспрямовано організовувати її знайомство з навколишнім світом. Привертати увагу малюка до різних предметів, явищ, розглядати їх, супроводжуючи доступною розповіддю, поясненнями. Поступове нагромадження знань, здобуте у реальному житті, буде корисно закріплювати й систематизувати у спеціальних іграх, використовуючи для цього малюнки. Обирати тему й обговорювати простими доступними словами та фразами (наприклад, тема – пора року). Читання казок, розповідей та обговорення почутого, виділення головної думки. Об'єм прочитаного має бути невеликий, доступні слова, сюжет. Мова правильна, проста, без незрозумілих висловів. Зацікавлювати дитину можна незвичайним початком оповіді (розповісти випадок, який могла спостерігати дитина, і вона може мати відношення до цієї оповіді), емоційним забарвленням. Стимулювати участь у загальному обговоренні.

Для вдосконалення сприймання дуже корисні заняття малюванням, ліпленням, конструюванням, спортивні ігри та фізичні вправи. Спираючись на режим дня, можна допомогти дитині засвоїти поняття «ранок», «вечір», «перша половина дня», «друга», «день», «ніч», «сьогодні», «завтра», «вчора». Вивчити пори року та засвоїти назви місяців. Проводити заняття дітям з особливими потребами потрібно з огляду на можливості конкретної дитини, і поступово вести її від простого до складнішого.

Поради батькам щодо організації занять із дитиною

- Хваліть дитину за увагу та співробітництво, якщо навіть вона не змогла виконати завдання.
- Пояснюйте завдання словами, жестами та за допомогою візуалізації.
- Слідкуйте, щоб на робочому місці не було безладу й шуму.
- Будьте гнучкими: за необхідності скорочуйте і спрощуйте завдання.

ДОДАТОК 3

Позитивні стереотипи безпечної поведінки

Увесь цивілізований світ розуміє, що молодій людині з інвалідністю потрібна підтримка. Коли молода людина з інвалідністю наблизилася до дорослого життя, її однолітки в цей час набувають професію, залишають батьківський дім, починають закохуватися і створювати родини. Юнак чи дівчина з особливими потребами теж переживає складний період становлення. На нього теж обрушується лавина нової інформації, дорослих відчуттів і вражень, він теж рано чи пізно залишається один. Завдяки своїм особливостям ця людина не зможе жити абсолютно самостійно – у багатьох спостерігається значне зниження адаптаційних навичок і вмінь: комунікативних навичок, навичок догляду за собою, соціальних навичок, уміння оперувати числами, а також уміння робити адекватні висновки, проявляти ініціативу, пристосовувати для своїх потреб предмети навколишнього середовища та інше. Придбані в загальноосвітній чи допоміжній школі навички та вміння – читати, аналізувати адаптований текст, частково обслуговувати себе – поступово втрачаються. Навіть звичайна людина забула б вивчене в школі, якщо б цілими днями залишалася одна без заняття і спілкування, якби відчувала себе нікому не потрібною.

Не дивно, що інвалід незабаром після школи починає деградувати. Потрібні окремі заняття для того, щоб допомогти освоїтися в дорослому житті: хто «я» в сім'ї, що мені під силу, і що я не можу робити, за що мене можна любити, чому не можна розповідати стороннім, де в будинку лежать ключі, що відбувається з моїм тілом, і ще тисячі «Навіщо?» і «Чому?». Допомога інваліду у процесі його адаптації в соціумі або «абілітації» повинна компенсувати те, що йому не під силу: максимальний розвиток навичок самостійного проживання. Це можливість підтримати той рівень розвитку, якого одного разу досяг: уміння читати, писати, рахувати, виконувати дії із самообслуговування, використання транспорту, приготування їжі, звичку вставати рано, вміння збиратися біля виходу з дому вчасно, планувати свій робочий тиждень, звертатися на «Ви» до людей старших за себе, відрізняти будні від свят і багато чого іншого.

Не менш важливо не втратити впевненості в тому, що праця – основа буття. Так його вчили в школі, про це завжди говорила мама, він виріс і виявилось: праця його нікому не потрібна, роботи для нього немає. Залишилися прості обов'язки по будинку і короткі хвилини спілкування з батьками. І відчуття, що найцікавіше і найважливіше в житті – позаду. У сімнадцять років!

Державну підтримку інвалідів у нашій країні навряд чи можна назвати системною: починаючи з раннього віку і до кінця життя він не отримує тієї допомоги, яка йому потрібна. Це на Заході ретельно вивчаються і враховуються потреби інваліда – базисні життєві потреби (або біологічні), потреби з підтримання рівня здоров'я, потреби щодо забезпечення власної безпеки, потреба усвідомлення свого соціального статусу і орієнтація на нього, потреба самореалізації. Потім складається індивідуальний план інтеграції з урахуванням виявлених потреб і планомірно надаються послуги для його виконання, причому план індивідуальної підтримки регулярно переглядається. У нашій же країні допомога надається фрагментарно і не дозволяє повністю гарантувати навіть просту підтримку життя.

Освіта після школи безпосередньо пов'язана для багатьох інвалідів із задоволенням усіх груп потреб з «піраміди Маслоу»: для виживання він повинен знати, куди звернутися по грошовою допомогу, як купити за отримані гроші тільки необхідне, де шукати роботу, які вміння треба розвивати, щоб тебе взяли на роботу і дали можливість заробити собі на життя, як приготувати найпростішу їжу і яких правил безпеки при цьому слід дотримуватися; для власної безпеки потрібно вміти не загубитися в місті, пам'ятати свою адресу, виробити стереотип поведінки при виході з будинку, знати, як звернутися по

допомогу і як себе вести, коли до тебе звертаються незнайомі люди; усвідомлення соціального статусу для такої людини пов'язано з тонкою і копіткою роз'яснювальною роботою для того, щоб виробити адекватну самооцінку можливостей та обмежень і щоб невідповідність очікувань не призвела у майбутньому до значного стресу.

Безумовно, цей список потреб аж ніяк не вичерпано, він орієнтований на максимально самостійне проживання інваліда серед звичайних людей, зрозуміло, з наданням професійної підтримки. А це не тільки остання тенденція соціальної допомоги на Заході – це і майже втрачена традиція із життя українського села, коли вся «територіальна громада» опікала людину, «богом скривджену».

У ситуації соціальної трансформації важко говорити про ставлення до інваліда насамперед як до особистості, яка, крім пріоритетних базисних потреб, має також потребу творчого самовираження, спілкування, розвитку свого особистісного потенціалу, нарешті, потребу працювати і відчувати себе повноправним членом суспільства. Але необхідно виходити саме з принципу рівних прав інваліда та його рівних можливостей згідно з Конвенцією прав інвалідів ООН, яку ратифіковано у нашій країні.

Метою вироблення позитивних стереотипів може бути або підтримання вже наявного конкретного досвіду, або вміння, або придбання нового. Кожній людині треба дати шанс розвинути свій потенціал, нехай і невеликий. Кожен повинен отримати максимум навчальних занять для підготовки до дорослого життя. При цьому, природно, план індивідуального навчання повинен регулярно переглядатися. Відпрацюванню навичок слід приділяти час удома батькам і співробітникам тих установ, які інвалід відвідує.

Час не стоїть на місці, ми впевнені, що і в нас скоро не залишиться великих інтернатів для дорослих інвалідів. Залишившись без рідних, кожен з них отримає можливість жити або в будинку групового проживання, або жити одному під наглядом соціального працівника, або в невеликому гуртожитку при спеціальному підприємстві.

Потрібно переконати молоду людину, що до майбутнього – коли він залишиться один – слід готуватися вже сьогодні.

Дитина, враховуючи вік та особливості функціональних обмежень (чи психічні чи/та фізичні розлади вона має), повинна:

- знати всі частини тіла;
- вміти описати зовнішність;
- вміти описати в загальних рисах те, що стало подією;
- просити дозволу, перш ніж приймати подарунки від сторонніх людей;
- розповідати батькам, якщо хтось погрозами або задобрюванням велить тримати щось у таємниці;
- пам'ятати інформацію про себе – ім'я, адресу, номер телефону;
- вміти користуватися телефонами екстреної допомоги;
- не сідати в машину до незнайомих людей;
- не заходити в ліфт з незнайомим чоловіком;
- знати і використовувати запобіжники при спілкуванні з незнайомими людьми:
- не розмовляти з незнайомцями;
- якщо необхідно щось йому відповісти, – звертатись ввічливо, на «Ви»;
- використовуючи слова «вибачте», «будь ласка», ні в якому разі не грубіянити;
- не чіплятися до незнайомих людей;
- не робити на їхню адресу загрозливих, жартівливих або зневажливих жестів;
- відмовлятися від будь-яких видів підкупу і розповідати про них батькам;
- не тримати нічого в таємниці від батьків;
- вміти розрізняти «нормальний» і «поганий» дотик (для дівчаток);
- рішуче припиняти будь-які спроби сексуального контакту;
- ухилятися від прохань незнайомих людей у чомусь допомогти;

- уміти розрізняти небезпечну ситуацію і правильно в ній діяти в рамках зазначених навичок.

«Людина» – придбання знань про свій організм (анатомія, гігієна), практичних навичок допомогти собі при нескладних захворюваннях (перша медична допомога), знань методів профілактики.

Завдання:

- Дати базові знання з анатомії, фізіології, гігієни людини.
- Розповісти про найпоширеніші захворювання (застудні, головний біль) і про методи першої долікарської допомоги.
- Розповісти про важливість та методи профілактики інфекційних захворювань.
- Розповісти про важливість лікування зубів і про важливість профілактики захворювання зубів.
- Вчити допомагати собі та вчасно звертатися по допомогу при травмах і пораненнях;
- Вчити на практиці користуватися йодом, зеленкою, бинтом.
- Розповісти про необхідність мати вдома аптечку, обговорити, які ліки і предмети повинні в ній бути.
- Розповісти про необхідність дотримання правил зберігання продуктів харчування, про небезпеку отруєння, їх симптоми і про методи першої допомоги.
- Розповісти про небезпеку вживання тютюну, алкоголю, наркотиків.
- Вчити уважній та безпечній поведінці на воді (на пляжі).
- Виховувати дбайливе ставлення до свого організму.
- Сформувати необхідні життєво-практичні навички.

«Дім» – придбання знань про правила безпеки в будинку і вироблення практичних навичок безпеки, а також навичок користування різними побутовими приладами.

Завдання:

- Розповісти про необхідність дотримуватися правил безпеки житла (закривати двері, не пускати незнайомих людей у квартиру).
- Сформувати практичні навички правильно зберігати важливі речі в будинку (ключі, гроші, документи).
- Виробити алгоритм підготовки людини до виходу з дому (які речі необхідно взяти із собою).
- Виробити алгоритм поведінки при виході з дому (перевірити електроприлади, воду, газ, перевірити свій зовнішній вигляд, замкнути двері на ключ).
- Розповісти про важливість правильного і безпечного користування електроенергією та газом.
- Дати інформацію про різні види засобів побутової хімії, про їх небезпеку та про заходи безпеки при їх використанні.
- Виробити алгоритм поведінки під час пожежі.
- Сформувати практичні навички безпечного користування вогнем.

«Суспільство, спілкування» – це вироблення навичок спілкування, знайомства, алгоритм поведінки при кримінальних діях незнайомих людей, отримання знань про методи профілактики складних ситуацій.

Завдання:

- Розповісти про види та правила спілкування і знайомства.
- Обговорити заходи безпеки при спілкуванні з незнайомими людьми, акцентувати увагу на важливості обмежень спілкування з незнайомими людьми.
- Виробити алгоритм переходу через дорогу.
- Вчити орієнтуватися в місті.
- Вчити звертатися по допомогу в складних ситуаціях (заблукав, загубився, присутній при кримінальних діях незнайомих).
- Розповісти про навички поведінки в громадських місцях.

- Виробити алгоритм звернення по допомогу при власному захворюванні або хворобі родичів.
- Дати інформацію про правила користування різними видами транспорту.
- Розповісти про різні служби вокзалу, виробляти алгоритм звернення в складних ситуаціях.

Поведінка на відпочинку

1. Не купайся в непристосованому для цього місці (там, де немає пляжу), тому що можна потонути або заразитися через воду якою-небудь хворобою.
2. Не купайся в місцях, де висить плакат «Купатися заборонено», навіть якщо берег упорядкований. Цей плакат говорить про те, що купатися небезпечно.
3. Не стрибай у воду і не пірнай у незнайомому місці.
4. Не купайся, якщо перед цим випив спиртний напій.
5. Ніколи не ходи купатися один, йди завжди з ким-небудь із дорослих.
6. Коли ти заходиш у воду, поклич дорослого із собою або хоча б скажи йому, що ти йдеш у воду. Переконайся, що дорослий бачить, що ти робиш, і може допомогти тобі при необхідності.
7. Не заходь у воду глибше, ніж по груди, якщо поруч із тобою у воді немає знайомого дорослого.
8. На воді користуйся плавальним кругом.
9. Не можна бавитися на воді.
10. Якщо навіть ти вмієш плавати, не плавай на глибокому місці один (а тільки поряд зі знайомим дорослим) і не запливай далі лінії буїв, що обмежують пляж.
11. Не купайся в морі у вітряну погоду, коли великі хвилі, шторм.
12. Не перебувай у воді довго – можна застудитися.
13. Не лізь відразу у воду, якщо перед цим ти засмагав на сонці. Спочатку, побродивши по воді, сполосни собі водою руки і ноги, а потім тільки можна занурюватися.
14. У перші дні не можна довго засмагати – можна обгоріти. Щоб цього не сталося, перші два-три дні засмагай по 10–15 хвилин, краще вранці до 10-ї години або ввечері після 16-ї години. Коли з'явиться легка засмага, можна бути на сонці й довше.
15. У сонячний день, виходячи на вулицю, одягай на голову легкий головний убір.
16. Навіть якщо ти вже засмаг і можна не боятися, що ти обгориш на сонці, все одно не засмагай дуже довго, час від часу занурюйся у воду або перебувай у тіні, щоб не отримати сонячного удару.
17. На пляжі не залишай сміття, ні в якому разі не кидай у воду пляшки, банки, інші тверді предмети – адже хто-небудь може наступити на них і порізати ногу.
18. Бажано, щоб на пляжі хто-небудь наглядав за речами, коли інші йдуть купатися. Якщо це неможливо, купайся поряд з берегом, щоб бачити річ.
19. Пляж – громадське місце, і там ти повинен виконувати всі правила поведінки у громадському місці.

Поведінка в метро

1. Заходячи в метро, притримай двері, щоб не вдарити тих, хто йде позаду.
2. Пред'яви черговій посвідчення (але не давай їй у руки). Якщо вона вимагає сплатити проїзд – купи жетон, кинь його в щілину турнікета і спокійно пройди через турнікет.
3. На ескалаторі стій спокійно, не підстрибуй, не біжи, не смикай за поручень.
4. Не ходи по непрацюючому ескалатору.
5. Не сідай на ескалатор.
6. Стоячи на ескалаторі, міцно тримайся за поручень.
7. Багаж не став на поручень а тільки на сходи і міцно його тримай, щоб він не покотився униз.

8. Стеж, щоб у щілину між рухливими сходами і нерухомою стіною ескалатора, а також під рухомий поручень, не потрапили одяг, пальці, частини багажу. Щоб цього не сталося, не наближайся до нерухомої стіні ближче, ніж намальована на сходах збоку смуга.
9. Не торкайся до нерухомих частин ескалатора.
10. На платформі поведься спокійно, не бігай і не штовхайся.
11. Не підходь близько до краю платформи.
12. Якщо річ упала на рейки – не намагайся самостійно її діставати, а звернися до чергової.
13. У вагоні не притуляйся до дверей.
14. У разі необхідності можеш скористатися кнопкою зв'язку з машиністом, яка є в кожному вагоні.
15. Якщо ти забув річ у вагоні, запам'ятай, який це вагон по рахунку і який номер поїзда (він є на останньому вагоні), і повідомити про це черговому.

Користування телефоном

1. Розмовляй по телефону ввічливо, не грубо.
2. Якщо ти дзвониш перший, назви себе, а не чекай, доки співрозмовник впізнає тебе по голосу.
3. Не можна бавитись, набираючи чужий номер просто так, – на тому кінці дроту може бути хвора людина, людина, у якої сталося горе.
4. Якщо по телефону тобі грубіянять, ображають або просто мовчать у трубку, не намагайся щось говорити, а поклади слухавку.
5. Якщо одна й та сама людина телефонує постійно і грубіянить або ображає тебе, скажи про це батькам. Вони зможуть звернутися в міліцію, і міліція допоможе.
6. Якщо ти не знаєш людину, яка телефонує, поклич до телефону кого-небудь із рідних. Сам з ним не розмовляй, не відповідай на його розпитування.
7. Якщо ти вдома один і дзвонить незнайомий чоловік і просить покликати до телефону когось із твоїх рідних, не потрібно говорити, що ти сам, і розповідати, коли прийдуть рідні. Можна сказати, що вони не можуть підійти, що вони скоро будуть, але ти не знаєш, коли точно. Можна попросити того, хто телефонує, назвати себе і залишити свій телефон.
8. Телефонна розмова повинна бути короткою.
9. Після закінчення розмови клади слухавку акуратно на важіль. Якщо трубку покласти неакуратно, телефон не буде працювати, і хтось не зможе до вас додзвонитися.

ДОДАТОК 4

Дидактичні ігри в роботі з дітьми з інвалідністю

Імітація дій: гра «Наслідування звуків».

Навчальна мета: розвиток артикуляції, стимуляція здібностей на роботу мовно-артикуляційного апарату іншої людини.

Завдання: наслідувати звуки, що видають предмети (годинник: тік-так; дзвіночок: дін-дін; іграшковий автомобіль: ту-ту).

Сісти за стіл напроти дитини і покласти збоку три предмети так, щоб дитина могла їх бачити. Взяти один із предметів і проговорити звук, що асоціюється із цим предметом, спостерігаючи за тим, щоб дитина дивилась на вас. Потім передати предмет дитині й доторкнутись до її губ, щоб вона повторила цей звук за вами. Те ж саме повторюється з іншими предметами.

Сприйняття: гра «Знайти сховану під платком іграшку».

Навчальна мета: стимуляція зорової уваги, пам'яті.

Завдання: спостерігати, як ховається іграшка, зберігати короткий час інтерес до неї.

Матеріал: маленька хустинка, серветка, улюблена іграшка, печиво.

Показати дитині іграшку і дати погратися з нею. Потім забрати іграшку і покласти перед дитиною (так, щоб вона це бачила) і швидко накрити хустиною. Потім вигукнути: «О-о-о» і допомогти дитині стягнути платок рукою. Зробити вигляд, що ви здивовані (щоб зацікавити її) тим, що знайшли іграшку. Можна повторювати кілька разів, із кожним разом усе менше допомагаючи при цьому дитині.

Загальна моторика: гра «Відкривати дверцята і шухляди шафи».

Навчальна мета: тренування м'язів рук, формування навички самостійної діяльності.

Завдання: самостійно відчиняти та зачиняти дверцята шухляди шафи.

Упевнившись у тому, що дитина дивиться на вас, сховайте улюблену іграшку в шафу і зачиніть двері. Візьміть дитину і підведіть її до шафи, допоможіть відчинити дверці. Допоможіть дістати іграшку і дайте можливість знову погратися з нею дитині. Повторювати дію можна кілька разів, поступово зменшуючи допомогу, поки дитина сама зможе відчиняти шафу. Таким же можна навчати відсовувати шухляди.

Дрібна моторика: гра «Відкрути кришку».

Навчальна мета: взаємодія двох рук.

Завдання: без допомоги відкрутити кришку.

Поставити на стіл три банки, показати дитині печиво і покласти в банку, злегка закрутити кришку. Подати банку дитині й запропонувати відкрутити кришку і взяти собі печиво. Повторити дію з іншими банками, зменшуючи допомогу, аж доки дитина не справиться із завданням самостійно.

Зорова – рухова координація: гра «Побудова вежі».

Навчальна мета: розвиток дрібної моторики, координація рухів око-рука.

Завдання: покласти один на один чотири кубики без сторонньої допомоги.

Потрібно поставити на стіл чотири кубики та вибудувати з них вежу, спостерігаючи за тим, щоб це бачила дитина. Потім покласти кубики на місце і спробувати побудувати вежу разом з дитиною. Один кубик поставити на стіл перед дитиною. Узяти інший і запропонувати дитині: «Поклади його сюди», показуючи на перший кубик. Потрібно дати можливість дитині самій поставити кубик. Слід повторювати вправу, доки дитина не зможе самостійно побудувати вежу із чотирьох кубиків.

Пізнавальна діяльність: гра «Розуміти назви тварин».

Навчальна мета: розуміти назви тварин.

Завдання: за проханням подати картинку з названою тваринкою.

Потрібно покласти на стіл чотири картинки із зображенням тварин (собака, кіт, верблюд, тигр). Потрібно показати дитині тварин, по черзі називаючи кожну. Потім попросити, щоб вона сама подала якусь картинку (собачку). Якщо вона не виконує завдання, то можна допомогти, спрямовуючи її руку на потрібну картинку. Потрібно повторювати дію, доки дитина не зможе зробити це сама.

Орієнтування в просторі

Взаємне розташування предметів: вгорі, внизу, спереду, ззаду, далеко, близько, перед, за, між, поруч, ліворуч, праворуч. Напрямок руху: зліва-направо, справа-наліво, зверху-вниз, знизу-вгору. Навчання орієнтуванню в спеціально створених просторових ситуаціях і визначення свого місця за поданою умовою.

Що змінилося? Діти запам'ятовують, як розташовані кілька предметів по відношенню один до одного на столі. Ведучий змінює один-два предмети. Діти, відкривши очі, розповідають про зміни, що відбулися.

Знайди схожу картинку. Педагог описує картинку (попереду – дерево, ззаду – будинок, під деревом – їжачок; усередині чайник, праворуч від нього – блакитна чашка, ліворуч – рожева і т. д.). Діти знаходять картинку за описом.

Розкажи про свій візерунок. У кожного – килимок із візерунком з геометричних фігур. Діти розповідають, як розташовані елементи візерунка.

Художники. Гра призначена для розвитку орієнтування у просторі, закріплення термінів, що визначають просторове розташування предметів, дає уявлення про їх відносності. Педагог із дітьми придумують і малюють картину: в центрі – хатинка, вгорі, на даху, – труба, з якої йде дим, внизу, перед хатинкою, сидить кіт і т. д.

Знайди іграшку. За словесною інструкцією. Наприклад: стань біля столу, обличчям до вікна. Зроби 3 кроки вперед, повернися ліворуч, зроби 6 кроків уперед, поверни праворуч, дійди до кінця і т. д.

Фізкультхвилинки. Даються команди з використанням слів «угору», «вниз», «наліво», «направо», «ліва рука», «права рука» і т. д.

Орієнтування в часі

Тимчасові уявлення: спочатку, потім, до, після, раніше, пізніше. Вчора, сьогодні, завтра. Частини доби, їх послідовність. Дні тижня. Знайомство з календарем.

Хто раніше? Хто пізніше? З використанням ілюстрацій до казок «Ріпка», «Теремок», «Колобок»...

Світлофор. Ведучий говорить, наприклад: «Скінчилося літо, настала весна». Діти піднімають червоне коло – сигнал зупинки, помилки виправляються і т. д.

Живий тиждень. Сім дітей перераховуються по порядку. Перший стає понеділком, другий – вівторком, і т. д. Інші діти дають завдання «дням тижня», загадують загадки, наприклад – назвати день тижня між вівторком та четвергом, після п'ятниці, всі вихідні, дні, коли діти ходять у садок.

Назви пропущене слово. Діти в колі. Ведучий починає фразу і кидає м'яч одному з гравців: «Сонечко світить вдень, а місяць...». Той, хто закінчує фразу, придумує нову: «Вранці ми прийшли в дитячий садок, а повернулися...», «Якщо вчора була п'ятниця, то сьогодні...», «Зиму змінює весна, а весну...» і т. д.

Гра «Круглий рік». Діти стоять у колі. Ведучий кидає м'яч і задає запитання: січень – який за рахунком місяць у році? Яким місяцем закінчується рік? Який місяць після вересня? Назви літні місяці і т. д. Хто відповідав на питання, той і кидає нове й кидає м'яч іншому гравцеві.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 4.1

ДОДАТОК 1

Сім'я як соціально-педагогічне середовище

Сім'я є моделлю суспільства на конкретному історичному етапі розвитку, відображає його моральні та духовні особливості.

Сім'я – невелика соціальна група, до якої входять поєднані шлюбом чоловік і жінка, їх діти (власні або усиновлені), кровні родичі, інші особи, пов'язані родинними зв'язками з подружжям.

Сім'я функціонує на основі спільного побуту, економічного, морально-психологічного укладу, виховання дітей, взаємної відповідальності. Вона забезпечує соціалізацію людини, самореалізацію особистості, захист від проблем, сприяє формуванню особистості з усталеною поведінкою.

Життєдіяльність сім'ї реалізується через основні її функції: матеріально-економічну (бюджет сім'ї, організація споживчої діяльності, участь у суспільному виробництві, набуття професії, відновлення втрачених на виробництві сил); житлово-побутову (забезпеченість житлом, ведення домашнього господарства, організація побуту); репродуктивну (продовження людського роду); комунікативну (створення сприятливого сімейного мікроклімату, внутрісімейне спілкування, взаємостосунки сім'ї з мікро- і макросередовищем, контакт із засобами масової інформації, літературою, мистецтвом); виховну (формування особистості дитини, передавання їй соціального досвіду); рекреативну (організація вільного часу та відпочинку).

Сім'я – це також персональне середовище життя і розвитку дитини, яке зумовлює спосіб життя та її соціальне існування. Особливості цього соціального середовища характеризують параметри:

- соціально-культурний. Стосується освітнього рівня батьків, їх участі у суспільному житті. Рівень культури сім'ї визначається повагою до особистості дитини, усвідомленням впливу сімейної атмосфери на її формування, урахуванням цього взаємовпливу при спілкуванні;

- соціально-економічний. Означає матеріальну забезпеченість сім'ї, завантаженість батьків на роботі;

- техніко-гігієнічний. Характеризує умови проживання, забезпеченість житлом, особливості способу життя;

- демографічний. Виражається у структурі та чисельності сім'ї.

Сім'я є різновіковим колективом. Структура її багато в чому залежить від звичаїв, культурних і національних традицій, моральних та правових норм. У її межах формується система стосунків між старшими й молодшими, батьками і дітьми, що визначає психологічний клімат у сім'ї. Тут формується світогляд дитини, ставлення до навколишнього світу. Спільне ведення домашнього господарства впливає на рівень матеріальної забезпеченості, можливості самореалізації особистості, її смаки, уподобання, ціннісні орієнтації, культуру. У сім'ї дитина набуває вмінь і навичок у різних сферах суспільного життя, насамперед – навичок людського спілкування. Поступово в неї формується досвід сімейного життя, ставлення до родини.

Сучасні сім'ї різноманітні, і від того, у якій саме родині живе дитина, залежить, яким змістом наповнюється процес формування її особистості.

ДОДАТОК 2

Характер функціонування родини та вплив стосунків у родині на розвиток дитини з інвалідністю

Психологічні аспекти травматизації в родині:

- безпека;
- комунікації;
- досягнення.

Наявність порушень цих аспектів суттєво впливає на проблеми в розвитку як здорової, так і неповносправної дитини. Це формує негативний життєвий сценарій дитини у процесі її дорослішання.

Нормально функціонуюча родина - це сім'я, у якій відповідально й диференційовано виконуються основні системні функції:

- ієрархічна, територіальна;
- господарсько-побутова;
- емоційна й комунікативна;
- виховна, батьківська;
- статеворольова і сексуальна;
- духовна.

У родині, що функціонує з порушеннями:

- неадекватно й незадовільно здійснюються функції в родині;
- постійно не задовольняються життєві й психологічні потреби членів родини, що перешкоджає її розвиткові й насамперед - дітей (особливо прийомних);
- регулярно при виникненні проблем рішення приймається без адекватного пояснення ситуації, мотивів поводження її учасників;
- неадекватно делегуються відповідальність за ухвалення рішення;
- має місце внутрішньосімейне суперництво зі створенням різних «коаліцій» для боротьби проти кого-небудь.

Причини і прояви неадекватного виховання (психологічного насильства в родині):

- умовна любов;
- перфекціонізм, вольове (жорстоке) імперативне виховання;
- вироблення комплексу провини, сорому;
- приниження достоїнства;
- емоційна депривація, відмова в щиросердечній теплоті, прихильності;
- постійний страх покарання;
- регулярне (несподіване) фізичне покарання, психологічна обструкція;
- сексуальні домагання, сексуальне насильство.

Аналізуючи функціонування родини та родинних стосунків, обов'язково потрібно з'ясовувати: як задовольняються потреби в розвитку родини в цілому та окремих її членів.

Дитина в захищеному та сприятливому середовищі

Потреби для розвитку дитини	Батьківський потенціал	Фактори сім'ї та середовища
Здоров'я Освіта Емоційний розвиток Самоусвідомлення Сімейні та соціальні стосунки Соціальна презентація Навички само-обслуговування	Гарантія безпеки Елементарний догляд Емоційне тепло Стимулювання Життєві орієнтири і обмеження Стабільність	Історія сім'ї та її функціонування Родичі Зайнятість Житлово-побутові умови Доходи Соціальна інтеграція Ресурси громади

Характеристики ефективної дитячо-батьківської взаємодії (взаємодія - взаємозв'язок, взаємовплив явищ)

1. Інформованість про стан дитини.
2. Взаємність при спілкуванні:
 - здатність дитини посилати сигнали;
 - здатність дитини відповідати на сигнали;
 - здатність дорослого посилати сигнали;
 - розуміння дорослим сигналів дитини.
3. Стимуляція розвитку дитини:
 - організація розвиваючого простору;
 - стимуляція дослідницької активності;
 - розвиваючі іграшки;
 - розуміння зони найближчого розвитку.
4. Розвиток автономності й самостійності:
 - готовність дитини до самостійності;
 - швидкість реагування на сигнали дитини;
 - адаптація батьків до змін дитини;
5. Адекватний емоційний тон відносин.

Загалом при ефективній взаємодії виникає добре сформована прив'язаність, що проявляється наступними складовими:

- дотик, тілесний контакт;
- гойдання, коливання, рухова взаємодія;
- зоровий контакт, усмішка;
- вокальні взаємодії, відверте спілкування;
- емоційна співзвучність;
- спільна гра, яка задовольняє обох;
- турбота про потреби дитини.

Порушення функції батьківства

- Деякі батьки **надмірно опікають** свою дитину, не даючи їй простору і свободи для розвитку власних можливостей та самостійності.
- Дехто перебуває у **стані депресії** і просто неспроможний турбуватися про дитину чи стимулювати її розвиток.
- В інших загальний відчай поєднується з безсилою лютюю та **озлобленістю** на весь світ.
- Багатьох батьків охоплює **злість** до своєї неповносправної дитини, але водночас,

намагаючись приховати це почуття, почувають **злість уже самі на себе** за своє відчуття злості до беззахисної дитини.

- Деякі **дистанціюються** фізично та/чи емоційно від своєї неповносправної дитини, не даючи їй підтримки в розвиткові та любові, якої вона потребує більше, ніж інші діти.
- Деякі батьки намагаються **заховатися** від болючих почуттів смутку й відчаю, **форсуючи** різні інтенсивні реабілітаційні програми, створюючи непомірний тиск на свою дитину з метою «прискорити» її мовний, розумовий, моторний розвиток. Але якщо вони тиснуть надто сильно, ефект часто буває зворотним і дитина опиняється в ізоляції та потерпає від такої надмірної стимуляції.

Ознаки складних життєвих обставин, за яких необхідне термінове реагування

- Дитині завдано серйозної фізичної шкоди.
- Батьки чи особи, які їх замінюють, не можуть чи не бажають захистити дитину від потенційної серйозної загрози, що включає нанесення шкоди іншими особами, які мають доступ до дитини.
- Батьки чи особи, які їх замінюють, чи інші особи, що мають доступ до дитини, погрожують їй, що може призвести до нанесення серйозної шкоди дитині.
- Поведінка когось із членів сім'ї чи інших осіб, що мають доступ до дитини, має насильницький або неконтрольований характер.
- Хтось із членів сім'ї негативно впливає на дитину чи має щодо неї нереальні очікування.
- Зловживання членів сім'ї чи інших осіб, які мають доступ до дитини, наркотиками, алкоголем, що може створювати загрозу для дитини.
- Поведінка членів сім'ї чи інших осіб, що проживають з дитиною, має ознаки психічних захворювань.
- Сімейне помешкання становить собою загрозу безпеці дитини.
- Фізичне насильство, що безпосередню загрожує фізичному та емоційному стану дитини.
- Сім'я відмовляється від зустрічей з дитиною чи існує причина вважати, що члени сім'ї можуть втекти і покинути дитину.
- Пояснення батьків щодо отриманих дитиною травм непереконливі та нереалістичні.
- Батьки не хочуть або нездатні своєчасно задовольнити потреби, що стосуються фізичного здоров'я дитини.
- Є підозра, що дитина стала жертвою сексуального насильства чи експлуатації.
- Дитина раннього віку залишена батьками без догляду.
- Покинута дитина чи дитина, що перебуває в родині, має виражену психологічну депривацію.

ДОДАТОК 3

Ставлення батьків до дитини з інвалідністю*

Кожна людина – неповторна індивідуальність і реагує на життєву кризу по-своєму. Якщо пригадати попередні кризи, які переживав кожний дорослий член сім'ї, можна побачити, що способи реагування на різні життєві обставини схожі.

1. *Дехто перебільшує складність ситуації, тяжкість симптомів, власну безпорадність, швидко впадаючи у відчай.* Інколи люди ніби обирають для себе страждання на все життя. Їм дуже важко змінити ставлення до своєї дитини. Для них краще вже постійно жаліти її і себе, ніж зламати цей стереотип. Для таких батьків страждання, відчуття себе жертвою стає єдиною можливим засобом інтерпретації свого життя, його сенсу. Якщо вони раптом позбулися б свого страждання, у їх житті взагалі нічого не залишилося б.

І вони все чекають, що криза має бути розв'язана, але, не ними, а лише ззовні. А раптом медицина щось таке нове винайде чи трапиться яке диво. На себе надій не покладають. Консультаційна праця з такими батьками найчастіше має спрямовуватися на формування активнішої, відповідальної життєвої позиції, пробудження віри у власні сили.

2. *Є батьки, які дивують лікарів своїм поверховим, несерйозним ставленням до складних дитячих діагнозів.* Це прояв захисної позиції ігнорування щодо кризової життєвої ситуації. Людині дуже страшно подивитися правді в очі, усвідомити, що трапилося, і вона ховається від реальності, не бажаючи її адекватно сприймати, вмовляючи себе й оточуючих, що все не так уже й страшно і що все налагодиться.

Ця позиція не настільки травматична для дитини, як попередня, але також неконструктивна, адже не передбачає активних батьківських дій, спрямованих на пошук можливостей лікування та реабілітації. Зусилля психолога-консультанта, який працює з таким дорослим, спрямовані на «легалізацію» того найбільшого страху, який примусив обрати «політику страуса». Цей страх може сягати коренями у власне дитинство дорослого, і знайти його витoki, а потім належно відреагувати іноді буває дуже важко.

3. *Трапляється і таке ставлення до кризи, яке можна назвати волюнтаристським.* Людина впевнена, що все подолає, з усім упорається і все це зробить дуже швидко. Вона справляє враження впевненої у собі, у власних силах, не чекає допомоги, не потребує підтримки, цілеспрямовано діє, не рахуючись із затратами сил, використовуючи всі наявні можливості, потребуючи й від інших такої ж самовіддачі.

На перший погляд це дуже добре, але інколи за таким волюнтаризмом постають непродуктивне самовиснажування, категорична відмова від власних потреб заради дитини. Режим дня чіткий, їжа корисна, фізичних вправ стільки, скільки радять фахівці, а результат не такий, який мав би бути. Чому? Атмосфера, якою оточує така мати свою дитину, не створює затишку, і не буває емоційно теплою, спокійною.

Щоб по-справжньому любити свою дитину, треба навчитися любити себе, і саме це стає головним завданням психолога-консультанта. Волюнтарист поспішає все переробити й змінити, тому що він не приймає як особистість передусім себе. Таку людину необхідно навчити зважати на свої потреби, свою інтуїцію, навчити терпінню, вмінню чекати, здорового глузду не завжди йти проти течії. Розвиток, як і саме життя, має внутрішню логіку, до якої бажано дослухатися.

4. *Деякі батьки виявляють демонстративне ставлення до кризи, і спілкування з ними стає випробуванням для фахівців.* Вони підкреслено скаржаться, вимагають до себе підвищеної уваги, співчуття. Їм здається, що всі навколо мають опікуватися лише їхніми проблемами. Своєї власної ролі у розв'язанні кризи вони абсолютно не бачать, їм усі щось винні. Вимагаючи соціальної підтримки, пільг, допомоги, вони маніпулюють оточуючими і ховаються від власної відповідальності.

Оскільки ставлення таких дорослих до своєї дитини досить формальне, головна проблема, яку має розв'язувати консультант, полягає у пробудженні справжнього інтересу до батьківської ролі. Це нелегко, адже демонстрант завжди зацікавлений лише собою. Каталізатором пробудження власної відповідальності може стати батьківська група, де обговорюються подібні проблеми, де є можливість опинитися в центрі уваги, поділитися власним досвідом.

5. Ті дорослі, які мають реалістичне ставлення до життєвої кризи, знають із власного досвіду, що безвихідних ситуацій не буває, час усе лікує, людина до всього пристосовується. Вони й раніше долали будь-яку скруту і тепер також знайдуть оптимальне рішення. Не можна сказати, що такі люди не страждають. Вони теж гостро переживають кризу народження нездорової дитини, але ніколи не втрачають віри в себе.

Криза тлумачиться ними як випробування, як новий досвід. Кожна життєва ситуація стає полігоном для навчання, для відкриття своїх нових можливостей, невипробуваних ресурсів. Вони шукають виходу на нові життєві горизонти, гнучко відмовляючись від нереальних на сьогодні життєвих планів і водночас будують плани нові. Думаючи про дитину, не забувають і про власну професійну реалізацію в нових умовах, які накладають певні обмеження.

Із часом кожна людина так чи інакше адаптується до складної життєвої реальності й починає поводитися відповідно до життєвих обставин. Вона поступово обирає саме ту стратегію взаємодії з дитиною, яка є найпродуктивнішою для цього етапу її розвитку, знаходить можливість поновлення старих і встановлення нових значущих взаємин з іншими людьми, не замикаючись у своїй сім'ї, не зациклюючись на батьківських проблемах. Але час, потрібний для адаптації, її якість і стійкість значною мірою залежать від типу ставлення людини до кризи.

Розподілити увагу між дитиною та іншими членами сім'ї вдається не кожному. Адже більшості батьків здається, що відволікатися від своєї дитини абсолютно неможливо. Насправді повернення сім'ї до нормального життя, безумовно, є сприятливим фактором у формуванні дитячої особистості.

Яким може бути ставлення матері до своєї складної дитини?

По-перше, це може бути ставлення до неї як до надцінності, єдиного смислу життя. Мати готова всю себе присвятити дитині, все їй віддати. Життя стає служінням.

По-друге, це може бути ставлення як до свого нещастя, життєвого краху, Божої кари. Така мати відчуває, що вона виявилася жертвою життєвих обставин, у неї немає майбутнього, вона вже ніколи не буде вільною і щасливою.

По-третє, ставлення до дитини може бути амбівалентним, суперечливим. Його валентність може змінюватися з позитивної на негативну і навпаки - залежно від уточнення діагнозів, успішності реабілітації, лікарських прогнозів, особистих проблем, тощо.

І нарешті материнське ставлення до дитини з особливими потребами може бути продуктивним, конструктивним. Саме таким є безоцінювальне прийняття реального.

Психологічний простір дитини, простір значущих взаємин з найближчим сімейним оточенням найчастіше будується відповідно до домінуючого материнського ставлення. Психологічний час також відчуває на собі вплив цього базисного фактора.

*Перший тип простору можна назвати **залежним**.* Дитина відчуває себе єдиним центром і свого, і материнського життєвих світів, центром Всесвіту, навколо якого обертається життя всієї сім'ї. Він необхідний і бажаний на ранніх вікових етапах становлення дитячої особистості, але в старшому дошкільному, а особливо в молодшому шкільному віці відчутно затримує, інфантилізує розвиток.

Батьки, які формують у дитини залежність від себе, найчастіше не роблять цього свідомо. Вони просто не бачать близьких стосунків іншого плану. Відчувши довіру до консультанта, батьки і йому скажуть: «Ви - наша остання надія». Такі заяви є відвертим бажанням уже вкотре встановити звичну для себе залежність.

Дитина не може виокремити свого власного «Я» зі синкрету, створеного батьками, і час її життя уповільнюється, гальмується. Інфантильно-залежний простір має досить прозорі кордони для материнських впливів. Саме тому при побудові стратегії консультативної роботи в цьому випадку слід починати з поступової переорієнтації матері на адекватніше ставлення до дитини і до власної ролі в її житті. А на наступному етапі вже можна створювати умови для опосередкованого, саме через матір, впливу на саму дитину, спрямованого на формування в неї більшої впевненості в собі, незалежності й самостійності.

Другий тип простору – кризовий. Матері надто боляче думати про неповносправність своєї дитини, постійно порівнювати її з однолітками. Вона розгублена, відчуває власну безпорадність. Віддалені наслідки кризи, пов'язаної з дитячим діагнозом, даються взнаки. Тому вона відволікається, забуває, витісняє гіркі почуття, намагаючись заповнити своє життя якимось іншим змістом. Їй здається, що вона робить усе можливе для дитини, доглядаючи, лікуючи, годуючи її. Але емоційного прийняття, віри у свою дитину, спокійної впевненості в майбутньому їй хронічно не вистачає.

У дитини відповідно фіксується тяжкий стан відчуженості, небажаності, незахищеності, пригніченості, її психологічний простір має жорсткі, непрозорі кордони. І в цьому випадку психологічне консультування має бути, з одного боку, спрямованим на тривалу індивідуальну роботу з дитиною, а з іншого, окремо з її матір'ю.

У консультативній роботі з батьками відбувається поступова переінтерпретація життєвих обставин, розв'язується давня кризова ситуація. Водночас психолог встановлює з дитиною довірчі взаємини безоцінювального прийняття. Атмосфера повної емоційної безпеки, яка панує під час ігрових занять, занять з використанням певних імагінативних технік, спільного виконання творчих вправ, елементів тілесно зорієнтованої психотерапії, тощо, допомагає поступовій конструктивній перебудові психологічного простору, виникненню нового ставлення до часу свого життя, до теперішнього і майбутнього.

Третій тип простору, у якому живе дитина з особливими потребами, - це простір суперечливий, амбівалентний. Наприклад, у межах однієї сім'ї мати чи бабуса мають надцінне ставлення до своєї дитини, а батько - відсторонене. Він забезпечує родину матеріально, але не має вільного часу ані для підтримки дружини, ані для своєї дитини. Ще гірше, коли мати (особливо в неповній сім'ї) ставиться до своєї дитини непослідовно амбівалентно, то надаючи їй максимум уваги, "переговорюючи" її турботою, то ніби забуваючи про неї, переключаючись на особисті проблеми, намагаючись улаштувати власне життя.

Щоб батьки мали змогу усвідомити, як їхнє суперечливе ставлення до дитини впливає на її розвиток, доцільним є сімейне консультування, а часом і довготривала групова психотерапія. Якщо кілька таких сімей збираються разом і обговорюють свої проблеми, розв'язують проєктивні завдання, інсценізують типові сцени із сімейного життя, тощо, вони полегшують одне одному розуміння того, що відбувається в життєвому світі їхніх дітей. У групових дискусіях спільно виробляються нові варіанти ставлення до хворої дитини, нові, продуктивніші способи взаємодії з нею.

Деякі ігрові форми занять бажано проводити в батьківській психотерапевтичній групі спільно з дітьми, виробляючи, відшліфовуючи нові форми прояву ставлення дорослих до дітей. Водночас психолог працює з дітьми індивідуально, допомагаючи їм подолати недовіру до своїх непослідовних, непрогнозованих батьків, сформувати стійкіший, більш надійний простір значущих взаємин.

Продуктивний психологічний простір у дитячому життєвому світі формується на основі безоцінного материнського прийняття. Дитина відчуває себе бажаною та захищеною, і тому їй не треба будувати жорсткі, непрозорі кордони. Вона відкрита для нових контактів, для доброзичливого спілкування.

Водночас дитина не відчуває себе єдиним центром Всесвіту, навколо якого обертається життя родини. Вона розуміє, що в матері й батька є і власне життя, інтереси. Дорослі не нещасні страждальці, вони не жертви її захворювання. Отже, і вона не жертва. Атмосфера довіри і взаємоповаги стає щепленням проти зайвої залежності від матері чи людини, що її заміняє.

Вирішуючи для себе, чи треба звернутися по допомогу до консультанта, батьки мають знати, що не лише довготривала, а й короткочасна праця із психологом відчутно скорочує кількість візитів до лікарів. Відомо також, що навіть якщо батьки будуть звертатися до психолога раз на місяць чи навіть раз на два-три місяці після циклу короткочасних занять, це буде підтримувати позитивні результати.

Батькам дитини з особливими потребами бажано пам'ятати, що їхнє головне завдання - не плутати власний життєвий світ зі світом своєї дитини, не захочувати зайвої інтерференції, взаємопроникнення цих світів. Віра у свою дитину, у її майбутнє, повага до її потреб, мрій, планів, дій допомагають розвиткові дитячої ініціативи у світобудові.

Дуже важливо не культивувати в собі почуття провини з приводу дитячого захворювання, навіть якщо для цього є підстави. Отож не варто заглиблюватися в минуле, яке вже неможливо змінити, а жити сьогоденням, у якому є можливість змін. Психологові-консультанту, працюючи з батьками, часто доводиться мати справу із цим уже хронічним почуттям. Тому якщо не вдається позбутися його самостійно, краще вчасно звернутися до фахівця, адже відчуття батьківської провини вкрай негативно впливає на розвиток дитини, її особисте самоприйняття.

Необхідно також зосередити увагу дорослих на ставленні до себе, починаючи зі ставлення до власного тіла, зовнішності, здоров'я. Глибинним підґрунтям самоприйняття, без якого не може бути повноцінного прийняття своєї дитини, є позитивне «Я-фізичне», прийнятний для себе образ свого тіла. Зрозумівши, що в цій сфері є проблеми, також бажано звернутися до фахівця, відвідати групи тілесно зорієнтованої психотерапії.

Переростання інфантильної залежності від батьків завдяки довірчим взаєминам, створенню зони особистісного розвитку поступово актуалізує в дитини потенціал власного життєтворення. Потреба в особистісному зростанні, яка закладена в кожній людині, набагато могутніша, ніж нам здається. Завдяки цій потребі дитини рухатися, не зупинятися, виявляти всі свої прагнення, розвивати здібності, можна компенсувати певну неповносправність, знайти нові шляхи для саморозвитку.

ДОДАТОК 4

Теорія прихильності

Центральні поняття в теорії прихильності

Зрозуміти людську поведінку можливо, тільки розглянувши середовище адаптації – основне середовище, у якому вона формується, тобто систему «мати – дитина».

Моделі поведінки прихильності (attachment behaviors) – жести, сигнали, які забезпечують і підтримують близькість дитини до опікунів-дорослих – закладено як еволюційну соціо-біологічну модель виживання людського співтовариства.

Стратегія прихильності створює «внутрішню робочу модель», що являє собою нерозривну і взаємообумовлену єдність себе й іншого. Дитина усвідомлює себе через ставлення до неї матері, а мати сприймає її як джерело відносин до себе.

У сучасних дослідженнях у руслі теорії прихильності вивчається не стільки самосвідомість дитини, скільки її поведінка щодо соціальної адаптації і власних компетенцій.

Біологічна основа механізмів прихильності – гормональні зміни в матері в післяпологовий період, що є основою сензитивного періоду ранньої прихильності між дитиною і матір'ю, власне, це впливає на подальші відносини в діаді.

Дитина як продукт еволюції відчуває потребу залишатися поруч із батьками (матір'ю), на яких у нього виробився імпринтинг, без чого людське співтовариство не змогло б вижити.

Теорія прихильності поширюється на весь онтогенез. Якість прихильності в ранньому віці безпосередньо впливає на подальші успіхи людини в спілкуванні, сімейному житті, професійних досягненнях.

Теорія прихильності має основні прояви за наявності патологічної поведінки і клінічних розладів, які розглядаються як результат різних типів негармонійних, патологічних ранніх дитячо-батьківських відносин у рамках теорії прихильності.

У нормі прихильність дозволяє реалізувати основні еволюційно-біологічні завдання людини як представника свого виду та пройти адекватний онтологічний шлях (вирішити завдання особистісного розвитку, перебороти проблеми дитячої травматизації).

Фази прихильності

Фаза 1 (народження – 3 місяці)

Основний прояв – нерозбірлива реакція на людей на основі базових способів (за рахунок безумовних рефлексів і формування умовних рефлексів).

Основні сигнали:

- плач (сигнал небезпеки);
- соціальна усмішка (сигнал прихильності, любові);
- белькотіння (соціальний стимул утримання);
- чіпляння (спосіб зберегти зв'язок, інстинктивна реакція на втрату опори, переляк);
- пошуковий і смоктальний рефлекс (паттерни прихильності).

Фаза 2 (від 3-х до 6-ти місяців)

Основний прояв – фокусування уваги на знайомих людях:

- перехід від безумовних рефлексів до умовних;
- формування виборчого соціального реагування;
- спрямованість усмішок знайомим людям;
- белькотіння тільки в присутності знайомих;
- плач набагато швидше заспокоює знайома особа;
- перевага двом-трьом людям, переважно – матері;
- виокремлення незнайомця.

Фаза 3 (від 6-ти місяців до 3-х років)

Основний прояв – інтенсивна прихильність і активний пошук близькості;

- приблизно з 6-місячного віку прихильність дитини до певної людини стає все більше інтенсивною й винятковою;
- прояв тривоги через можливе, хоч і короткотривале розлучення (separation anxiety)
- голосний плач, коли мати залишає кімнату, і прагнення возз'єднатися при поверненні;
- у 7–8 місяців виникає страх щодо незнайомих;
- до 8-ми місяців при початку повзання активне проходження за опікуном-дорослим, що віддаляється;
- до закінчення 1-го року в дитини з'являється загальна робоча модель об'єкта прихильності: у дитини на основі повсякденних інтеракцій і комунікацій формується загальне уявлення про доступність і чуйність особи, що її опікує;
- з 1-го року в дитини формується цілеспрямоване й дослідницьке поводження: опікун є відправною точкою початку дослідження навколишнього світу.

Фаза 4 (після 3-х років – закінчення дитинства)

Основний прояв – партнерська поведінка:

- до 2–3-річного віку дитина орієнтована тільки на власну потребу перебувати в близькості до опікуна без урахування планів/цілей опікуна-дорослого;
- з 3-річного віку дитина може подумки уявити поведінку опікуна-дорослого, коли той відсутній; дитина здатна дозволити опікуну-дорослому піти, що свідчить про початок партнерських відносин між дитиною та іншими.

Типи прихильності М. Ейнсворт

Тип А – небезпечна прихильність унікаючого типу.

Діти з «унікаючою» поведінкою (тип А) навчаються організовувати своє поводження без використання афективних сигналів: вони використовують в основному інтелектуальну інформацію, щоб не зазнати болю відторгнення. Діти виробляють стратегію захисної поведінки, або «вимушеного підкорення», з вираженими проявами когнітивно-емоційного дефіциту.

Унікаюча поведінка – дитина похмура, замкнута, не допускає довірливих відносин з дорослими й дітьми, хоча може любити тварин. Основний мотив: «нікому не можна довіряти». Подібне може бути, якщо дитина дуже болісно пережила розрив відносин із близьким дорослим і таке емоційне відчуття горя не пройшло безслідно, дитина нібито «застрягла» у ньому; або якщо розрив сприймається дитиною як «зрадництво», а дорослі – як такі, що зловживають дитячою довірою та користуються своєю силою.

Матері таких дітей – відносно несенситивні, що постійно втручаються у поведінку дитини, а це відштовхує її від матері. Із часом така дитина стає досить невпевненою в собі при зовні начебто дуже незалежній поведінці.

Тип В – надійна безпечна прихильність.

Діти з «упевненим», безпечним типом прихильності (тип В) засвоюють комунікативне значення безлічі засобів спілкування, використовують як інтелект, так і афект – емоційні сигнали оточуючих. У них складається внутрішня модель, що інтегрує інформацію з обох джерел у зразки поводження. Таким чином, максимально забезпечується безпека і комфорт психічного стану дитини. Немає виражених проявів когнітивно-емоційного дефіциту.

Матері таких дітей – сенситивні, швидко реагують на плач та інші сигнали своїх малят, завжди доступні й готові ділитися своєю любов'ю та ефективною, адекватною увагою до них.

Тип С – прихильність тривожно-протестного типу (емоційного опору).

Амбівалентна поведінка – дитина постійно демонструє двоїсте відношення до близького дорослого: «прихильність-відторгнення», то лащиться, то грубить і уникає контактів. При цьому перепади її емоційного стану є частими, півтони і компроміси у відчутті емоцій відсутні, а сама дитина не може пояснити свого поведіння і явно страждає від нього. Характерно для дітей, чиї батьки були непослідовні та істеричні у своїй поведінці: то пестили, то вибухали та/чи били дитину – роблячи і те, й інше бурхливо, без об'єктивних причин, позбавляючи тим самим дитину можливості зрозуміти їхнє поведіння і пристосуватися до нього.

Негативна прихильність (невротична, провокативна прихильність) – дитина постійно «чіпляється» за батьків, шукає «негативної» уваги, провокуючи батьків на покарання і намагаючись роздратувати їх. З'являється як у результаті зневаги, так і гіперопіки.

Такі матері, як правило, непослідовні у своїх стосунках з дитиною. Іноді вони бували лагідними і чуйними, а іноді навпаки. Ця непослідовність, мабуть, залишала малюк у непевності щодо того, чи буде їхня мама поруч, коли вони будуть потребувати її уваги та догляду. Вони, звичайно, дуже хотіли, щоб мати була поблизу – бажання, що сильно зростало в незнайомій ситуації.

Тип D – небезпечна прихильність дезорганізованого типу.

Дезорганізоване поведіння – ці діти навчилися виживати, порушуючи всі правила і межі людських відносин, відмовляючись від прихильності на користь сили: їм не треба, щоб їх любили, вони бажають, щоб їх боялися. Характерно для дітей, що піддавалися систематичному жорстокому поведінню з боку дорослих і насильству, або ніколи не мали досвіду прихильності.

В «амбівалентних» і «дезорганізованих» дітей (тип С і тип D) афективно обумовлена поведінка постійно підкріплюється без вироблення інтелектуальної організації поведіння, здатної компенсувати непослідовність їхніх матерів. У них виробляються перемежовані стратегії «сором'язливої»/«примушуючої» поведінки, що є вираженими проявами когнітивно-емоційного дефіциту. У крайніх випадках ці стратегії можуть стати домінуючими і практично нерегульованими, трансформуючись у явно «агресивне» або «безпомічне» поведіння.

Прихильність при дорослішанні:

- підлітки позбуваються батьківського домінування, але в них формуються прихильності до осіб, що замінюють батьків;
- дорослі вважають себе незалежними, але шукають близькості з улюбленими, особливо в періоди кризи;
- люди похилого віку виявляють, що вони все більше залежать від більш молодого покоління;
- захисна поведінка може стати фіксованою і всеохоплюючою частиною особистості.

Дитина перетворюється в дорослого, який занадто самовпевнений або/та відчужений, – у людину, що не може ніколи дозволити «опустити забрало» і повірити іншим настільки, щоб встановити з ними близькі, тісні відносини. Страх самотності – один із проявів таких порушень прихильності.

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 4.2

ДОДАТОК 1

Входження дитини з інвалідністю до нової родини

Родина (батьки) обов'язково переживають кризу при входженні до родини нової дитини. У випадку, коли до сім'ї входить дитина з особливими потребами, криза може бути ще важчою. Таку кризу переживають не тільки батьки, а й усі інші члени родини (інші діти), бо така подія приводить до незворотних якісних змін у житті всієї родини

Стадії переживання кризи

Теорія стадій переживання кризи при входженні в родину дитини з особливими потребами допомагає прийняти її і полюбити такою, якою вона є. Батьки повинні попроситися з утраченими мріями та очікуваннями для себе, своєї сім'ї та дитини, емоційно пережити цю втрату і примиритися з нею. Реальність неповносправності передбачає, що є речі, які неможливо змінити – їх треба просто прийняти, навчитися з ними жити і тоді скерувати свої зусилля та енергію на те, що можливо змінити, чого можна досягнути. У цьому полягає завдання реалістичної адаптації до неповносправності, це є передумовою ефективного реабілітаційного процесу – прийняття реальності обмежень і скерування зусиль на адаптацію й розвиток наявних можливостей та здібностей. Втрачені очікування необхідно відпустити – передумовою цього є усвідомлення того, що втрачено, та «оплакування» цієї втрати. Лише тоді сім'я і дитина зможуть рухатися далі. Зрозуміло, що цей процес переживання втрати є часо- та енергоємний. Як правило, у кожного він індивідуальний. Втім досвід показує, що у значної частини сімей простежуються певні закономірні фази.

Перша стадія – шок:

- потрясіння, розгубленість;
- надмірна активність, машинальні дії чи різке зниження активності, постійне бажання плакати;
- уникнення контактів (у тому числі й із чоловіком, родичами);
- сумніви у діагнозі лікарів: батьки потребують надії, а всі, хто повертає їх до невеселої реальності, викликають роздратування і ворожість, з'являється агресія і нерéalістичні вимоги;
- зниження здатності концентрувати увагу, запальність, нав'язливі думки, порушення сну, апетиту, головний біль, біль серця, тощо.

Друга стадія – заперечення. Зазвичай працює механізм психологічного захисту: небажання визнати проблему робить її нібито неіснуючою в реальності:

- «відмова» прийняти діагноз дитини та її проблеми;
- сумніви в діагнозі і кваліфікації фахівців;
- повторні перевірки діагнозу;
- оцінка батьками стану здоров'я дитини як менш серйозного, заперечення хоча б частини проблеми.

Третя стадія – смуток і гнів:

- часткове прийняття діагнозу та проблеми дитини;
- поєднання апатії і пригнічення зі злобою й агресивністю;
- часті зміни настрою (від депресії до спалахів гніву);
- почуття провини, звинувачення самого себе у виникненні проблем у дитини.

У випадку важкого переживання цієї стадії:

- настільки сильна зміна настрою, що стосунки з рідними, друзями можуть виглядати ворожими;
- фізичні симптоми: головний біль, хронічна втома, фізіологічні порушення.

Четверта стадія – реорганізація:

- реалістичне розуміння ситуації;
- перегляд своїх стосунків із дитиною, з близькими;
- планування майбутнього з урахуванням потреб розвитку дитини і власних інтересів;
- продуктивна активність батьків;
- створення батьківських організацій, груп самодопомоги.

На стадії реорганізації міняється і сприйняття дитини: фокус із її обмежень (як основного смислоформуючого фактора) переноситься на можливості, на красу та обдарування дитини:

- 1) у стосунках із дитиною батьки вже можуть віднайти **баланс** між опікою, допомогою та підтримкою/сприянням незалежності;
- 2) батьки можуть **нормально дисциплінувати** дитину без надмірного почуття провини;
- 3) батьки можуть мати **особисте життя** та реалізувати власні інтереси, безпосередньо не пов'язані з неповносправною дитиною.

При різних видах та ступенях важкості інвалідизуючого фактора можливий різний характер і тривалість стадій переживання кризи.

ПОЗИТИВОМ завжди є здатність батьків «говорити вголос» про проблеми дитини та пов'язані з ними почуття!

ДОДАТОК 2

Процес адаптації дитини в новій родині

Вхід у родину нової людини –

це питання відносин і функцій у родині.

Вхід у родину хворої дитини –

це питання якісної зміни всієї структури й життя родини

Стадії пристосування дитини

Стадія 1: Ознайомлення з будинком, оточенням, зміна режиму.

Стадія 2: Установлення перших дитячо-батьківських відносин. Дослідницька активність в освоєнні простору реального і психологічного. Перевірка батьків та сиблінгів «на вошивість», псевдорегрес, протест та інші поведінкові «дивацтва».

Стадія 3: Завоювання статусу, пристосування одне до одного.

Стадія 4: Компенсація. Корекція поведження і мотивації при стабілізації взаємин. Перехід дитячо-батьківських відносин у нову якість.

Підготувати рідних дітей до нової сімейної ситуації можуть самі батьки. Вони мають пояснити рідним дітям, які зміни відбудуться, коли у їхню сім'ю буде влаштована дитина, тим паче, що вона має певні функціональні обмеження.

Якщо прийомну дитину планується поселити в одній кімнаті з кимось із біологічних дітей, то корисно, щоб біологічна дитина сама упорядкувала місце для прийомної дитини, підготувала речі для неї. Це сприятиме встановленню контакту й відкритості стосунків між ними.

Якщо біологічні діти задають запитання про прийомну дитину, необхідно задовольнити їхню цікавість. Дітям слід заздалегідь надавати вичерпну інформацію, враховуючи їхній вік та особливості. Потрібно зробити все, щоб прихід прийомної дитини був очікуваний, а її певні функціональні обмеження не були несподіванкою.

Поява прийомної дитини може налякати біологічних дітей і викликати неприязнь. Дітям потрібно пояснити, що прихід прийомної дитини може зменшити увагу батьків до них, але не батьківську любов. Батьки повинні навчитися підтверджувати турботливе ставлення до рідних дітей своєю поведінкою і з приходом до родини нової дитини.

Застереження щодо входження дитини з особливими потребами до родини

При загальному обговоренні приходу дитини в родину та наявності декларативної «загальної» згоди всіх членів родини:

- Ви не можете знати, як будуть розгортатися події з боку збільшення рівня навантажень, організації життя «по-новому», шляхів вирішення проблем дитини, тощо.
- Інші діти не розуміють, що їхнє життя зазнає незворотних змін.

Якщо історія життя дитини відома...

- Оцінити, як проявляються наслідки перенесених травм: якості, поведження й т. д.
- Спостерігати, як міняються ці прояви в реальності...

Якщо історія життя невідома...

- Не фантазувати!
- Не «вбиватися», щоб довідатися історію...
- Не «звалювати» незрозуміле в дитині на історію її життя поза родиною...
- Оцінювати реально з характеру й поведження дитини: і проблеми, і ресурси.
- Спостерігати, як міняються ці прояви в реальності...

– Однакове відношення до всіх неможливе... Але зрозуміти за що і як **МОЖНА** й **ПОТРІБНО** цінувати кожну конкретну дитину. Не плутати... **МИНУЛЕ** (це було, але це в минулому...), **СЬОГОДЕННЯ** (бачити те, що є зараз...), **МАЙБУТНЄ** (це ні, і навряд чи буде саме так, як я фантазую зараз...).

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 4.3

ДОДАТОК 1

Особливості дитячо-батьківських відносин у родині*

Сучасне українське суспільство переживає соціальну та економічну кризу. Усе більше дітей опиняються в складній ситуації внаслідок зайнятості батьків на роботі, матеріального неблагополуччя сім'ї, відсутності одного з батьків, алкоголізму або наркоманії батька чи матері, тощо. Навіть і в більш-менш «благополучній» сім'ї дитина часто самотня або прив'язана до телевізора чи комп'ютера. Дорослі не знаходять часу для довірливої бесіди з дітьми, ласки, уваги, похвали, тощо.

Неприйняття індивідуальності дитини, непослідовність у її вихованні, суперечливе ставлення до одних і тих самих вчинків дитини членів родини можуть викликати у неї невротичні розлади. Батьки помічають швидку втомлюваність, сором'язливість, вередливість дитини, але відносять ці явища до її вікових особливостей, а не до негативної психологічної атмосфери в сім'ї.

Дослідження вчених показали, що виняткова роль у виникненні неврозу належить нерозв'язаним кризам дитинства. Про це, йдеться у працях З. Фрейда. У свою чергу К. Хорні зазначає: «По суті неврози розвиваються з переживань раннього дитинства. Переживання в дитинстві створюють визначальні умови для виникнення неврозів... У теорії, але ще більше на практиці ми не можемо зрозуміти невроз без детального знання обставин життя індивіда, особливостей його прихильностей у ранньому дитинстві, що справляє формуючий вплив».

Теоретичний аналіз проблеми. Дитина нерозривно пов'язана із суспільством, з іншими людьми. Ці зв'язки, виступаючи як умови й обставини її життєдіяльності, формують духовний світ дитини. Важливе місце в цьому процесі належить сім'ї – як першоджерелу, яке надає людині уявлення про життєві цінності, цілі, моральні та етичні норми поведінки. Дитина отримує перші практичні навички застосування цих уявлень при взаємовідношенні з іншими людьми, засвоює норми, які регулюють поведінку в різних ситуаціях повсякденного спілкування. Пояснення і повчання батьків, їх приклад, уклад у домі, сімейна атмосфера виробляє в дітей звички, поведінку, критерії оцінки добра і зла, допустимого і недопустимого, справедливого і несправедливого.

Наявність у сім'ї прикладу, що збагачує і яким виступають батьки, значно полегшує нормальний психічний та моральний розвиток дитини, дозволяючи їй найбільш повно проявляти і реалізувати свої емоційні та інтелектуальні можливості.

Відомо, що дефіцит стимулів (похвали, ласки, підтримки, тощо) впливає на фізіологічні процеси і розвиток ЦНС, а в подальшому веде до зниження можливості установлювати інтимні емоційні відносини з людиною іншої статі. «Діти з дрібними та повторними крадіжками, бродяжництвом і невідвідуванням школи, діти брехливі, злорадні, агресивні – це часто діти з афективними позбавленнями протягом довгого часу свого розвитку» (Й. Лангмейер, З. Матейчек, 1984).

Серед різнобічних патогенних ситуацій, які стають причиною психічної травматизації при неврозах, виокремлюються сімейно-побутові, насамперед конфліктні відносини в сім'ї. При цьому основою для виникнення неврозу є хронічний емоційний стрес.

У нормальному повсякденному житті дитина оточена увагою і турботою близьких дорослих. Однак і серед дітей, які виховуються у «благополучній» сім'ї, спостерігається вельми високий відсоток психічних захворювань, у тому числі й неврозів, поява яких зумовлена не спадковими, а соціальними явищами, тобто причини захворювання лежать у сфері людських взаємовідносин.

Неврози у дітей не виникають, якщо батьки своєчасно справляються зі своїми власними проблемами і підтримують теплі взаємовідносини у сім'ї, люблять своїх дітей,

добре ставляться до них, чутливо реагують на їх проблеми і потреби, вони безпосередні у спілкуванні з ними, дозволяють дітям висловлювати свої почуття і своєчасно стабілізують виникле в них нервово напруження, діють узгоджено в питаннях виховання, беручи до уваги відповідні їх статі орієнтації та захоплення дітей.

Визначальну роль у виникненні дитячих неврозів має психічна травматизація, яка зумовлена порушенням сімейних відносин і неправильним вихованням. Діти захворюють на невроз під впливом несприятливих обставин, до яких неможливо адаптуватися і які неможливо перенести безболісно. Дитина не може витримати розлучення з матір'ю і звикнути до дитячих ясел, конфліктів у сім'ї, пережити блокаду емоційних потреб, напругу в результаті надмірної стимуляції, інтенсивних обмежень або неопосередкованого відношення дорослих. Невроз, як психогенне захворювання особистості, яке виникає і розвивається в цих умовах, означає морально-етичну несумісність із таким відношенням батьків, яку дитина не може подолати внаслідок особливостей власної психіки і тиску обставин, які перевищують межі його психофізіологічних можливостей. Іншими словами, дитина не настільки погана, наскільки її змінюють такі відносини у сім'ї та негативні особливості особистості її батьків.

Виниклий таким чином внутрішній, невирішений і невротизуючий дитину конфлікт має декілька тісно пов'язаних один з одним рівнів:

- соціально-психологічний – який мотивується невдачами спілкування і утрудненнями в досягненні соціально значущої позиції;
- психологічний – обумовлений несумісністю з деякими сторонами відношення батьків і загрозою втрати власного «Я»;
- психофізіологічний – як наслідок неможливості відповідати завищеним вимогам і очікуванням дорослих.

За наявності переживань, від яких не може позбавитися дитина, має місце хронічна психотравмуюча ситуація як джерело постійної психічної напруги (під психотравмуючою ситуацією розуміються ті умови життя і взаємини з оточуючими людьми, що призводять до появи в дитини негативних емоцій та переживань). Хвороблива реакція на психотравмуючу ситуацію може знизити працездатність дитини, а переживання відволікають її від спілкування з ровесниками, від навчальної діяльності, пізнавальної активності, розваг, тощо. На цьому тлі психічні травми, які також спричиняють певний вплив, – емоційні струси посилюють патогенність життєвої ситуації, оскільки дитина не може сама з ними справитися, пережити їх. Загалом – внутрішній конфлікт, проблеми у спілкуванні й несприятливі життєві обставини в цілому – дозволяють говорити про появу невдалого, життєвого досвіду або стану хронічного дистресу як основного джерела патогенної напруги при неврозі. Положення ускладнюється ще й тим, що діти з неврозами не можуть емоційно відреагувати на накопичену нервово-психічну напругу внаслідок власного обмеженого і вже психогенно деформованого життєвого досвіду та негативних відносин у сім'ї. Вони мають стримувати свої емоції, що перевищує межу адаптаційних можливостей дитини і змінює нервово-психічну реактивність організму. Коли довготривалий стрес перевищує пристосувальні можливості дітей і не дає їм можливості самовиразитися, ствердитися у життєво важливих позиціях, своєчасно розв'язати психотравмуючу ситуацію, то внаслідок цього в дитини порушується здатність адекватно сприймати себе, і це супроводжується зниженням самооцінки, невпевненістю у своїх силах і можливостях, страхами й тривогою, почуттям безпорадності та безсилля, тобто розвивається самозневага, почуття неповноцінності, ущербності, неможливості бути самим собою серед однолітків.

Загальновизнано, що сім'я, сімейне виховання є одним з найважливіших детермінант становлення та розвитку особистості. Якщо батьки постійно говорять

дитині, що вона «невдаха, нехлюй, телепень», то вона рано чи пізно починає в це вірити. Але спочатку в дитини відбувається внутрішній конфлікт, тому що вона знає, що не така вже й погана, що вона намагається порадувати своїх батьків, а вони цього не помічають, намагаючись підігнати дитину під свою мірку. І внаслідок цього конфлікту підвищується нервове напруження, з яким дитина не може впоратися. Внаслідок цього виникають два варіанти рішення дитиною цієї проблеми: або вона пристосовується під непомірні вимоги дорослих, або починає опиратися, що провокує велику кількість конфліктів з батьками. Якщо батьки не захочуть змінювати власну «виховну політику», то в дитини виникає нервовий розлад, невроз, який вона забере із собою в доросле життя.

На думку багатьох психологів, будь-які психологічні (а в деяких випадках і психіатричні чи психосоматичні) проблеми дитини є наслідком порушень сімейної взаємодії. Так, В. Сатир зазначає, що подружні стосунки є стрижнем для формування інших стосунків у сім'ї; дисгармонійні стосунки між батьками обов'язково впливатимуть на їхню батьківську функцію, заважаючи правильному вихованню дитини.

Причини складних взаємовідношень між батьками та дітьми, а значить і підвищеної нервозності дитини, криються в неспроможності батьків виконувати свої материнські та батьківські обов'язки. Сучасні батьки за інерцією продовжують жити своїми проблемами, не замислюючись про життя своїх дітей. Дж. Пірс взагалі вважає сучасних батьків «роз'єднаними». Оскільки вони нібито живуть разом, але в кожного із членів родини своє життя і власні проблеми. Кожен займається своїми справами, забуваючи, що дитина потребує постійно любові, уваги і турботи, розуміння своїх проблем, котрих у неї багато. Замість цього сучасні батьки намагаються якомога скоріше перекласти виховання своєї дитини на бабусь, дитсадочки і школи, займаючись тим часом своєю кар'єрою і власним життям. А ранній відрив малюка від батьків, особливо від матері, зовсім не сприяє його психічному благополуччю.

Часті сварки між батьками ведуть до того, що дитина починає наслідувати невротичну поведінку батьків. М. Люшер стверджує, що дитина «навчається неврозу», оскільки не має можливості порівняти поведінку батьків з поведінкою інших дорослих і визначити для себе «правильну, таку, як треба» поведінку, а тому і засвоює її – неправильну, невротичну – як природну. Ставши у свою чергу одним із батьків, вона підсвідомо буде реалізовувати закладене в дитинстві уявлення у власній сім'ї.

Не менш важливим повинно бути у батьків почуття міри. Надлишок невинуватеної уваги батьків може породити в дитині невпевненість у власних силах, різні комплекси, що також може привести до виникнення неврозу.

Адекватне відношення до віку дитини (більшість батьків не може спокійно прийняти темпи дорослішання власних дітей – тут можливі полярні думки: то їм здається, що дитина ще дуже мала, і до неї ставляться поблажливо, не пред'являючи особливих вимог, то навпаки дитині ставляться непомірні за віком вимоги, яких вона не може виконати в силу своєї психофізичної незрілості) – складність, яку небагато батьків можуть подолати спокійно.

Морально-етичних принципів у вихованні дітей дотримуються далеко не всі батьки. Деякі не розуміють і не поважають особисте життя своєї дитини, взагалі багато хто з батьків вважає, що в дітей не може бути особистого життя, поки вони проживають з ними.

Багато батьків сприймають власну дитину як ще один шанс для втілення власних амбіцій і нереалізованих можливостей.

Часто зустрічаються псевдозгуртовані сім'ї, у яких давно порушені подружні стосунки, втрачений інтерес один до одного. Таке подружжя живе разом «заради дітей», намагаючись зробити вигляд, що все добре. Проте це той випадок, коли правду неможливо приховати: стосунки в сім'ї стають або формальними, або ж постійна

внутрішня напруга партнерів періодично виливається в деструктивні конфлікти. До того ж дитина в такій сім'ї несе на собі великий тягар, який буває їй просто не під силу, – відповідальність за саме існування сім'ї.

Погані стосунки між батьками призводять до того, що дитина постійно потрапляє в ситуацію дискомфорту «неприродного вибору», оскільки вона змушена постійно вибирати – чію сторону прийняти. Адже до початку конфлікту обоє батьків були для неї «гарними». Завдяки відсутності досвіду та широти поглядів дитина не може усвідомити, що кожен із батьків може бути правим або не правим в один і той же час.

Для дитини визнання правоти одного з батьків, співчуття йому через образи автоматично означає засудження іншого. Непроодуктивність у вирішенні дитиною конфлікту між батьками підсилюється тим, що дитина наслідує також і невротичну поведінку батьків. Оскільки емоційні стосунки в таких сім'ях, як правило, порушені, часто спостерігаються дві крайності: повне злиття з дитиною (найчастіше спостерігається в одиноких або розлучених жінок), що негативно впливає на її розвиток: дитина виростає залежною, безініціативною, з недорозвиненою волею, пасивною, або ж навпаки – дистанційністю, байдужістю чи навіть агресією по відношенню до дитини. У цьому випадку дитина з ранніх років «належить» сама собі, але потреба в любові й прийнятті, які вона не задовольняє у сім'ї, штовхає її до сумнівних компаній, до комп'ютерних клубів, тощо. Досить часто в таких сім'ях зустрічається фізичне та психологічне насилля по відношенню до дитини, що деструктивно впливає на її розвиток. На дитину справляє невротизуючий вплив і суперечливість у ставленні батьків до неї. Наслідком сімейних конфліктів є ситуація, коли перед дитиною ставляться підвищені вимоги саме з боку матері. І це, на думку Н. Вайзман, може бути компенсацією незадоволеності вимог жінки до чоловіка. До того ж дитина, яка зростає в неповній або проблемній сім'ї, вже апіорі позбавлена важливих моделей поведінки, які складають підґрунтя для формування її уявлень про навколишній світ, про певні норми співіснування і взаємодії між людьми. Модель світу такої дитини може викривлено відображати реальну дійсність, внаслідок чого її реакції можуть бути неадекватними. Недостатня психологічна сумісність батьків, диктат і авторитарність одного із членів сім'ї, зміна традиційних сімейних ролей (наприклад, батьку властиві жіночі риси, а для матері характерно яскраво виражені чоловічі риси; неповні та нетрадиційні сім'ї) – усе це також являється важливими соціально-психологічними причинами початку невротичного захворювання в дитини.

Відомо, що в нещасних сім'ях чекати від дитини здоров'я та зразкової поведінки не доводиться. Якщо дитина часто хворіє, значить, сімейні проблеми позначаються на ній дуже серйозно. Активні діти реагують на домашні проблеми явно – грубощами, двійками, неслухняністю або істериками, а інші – тихі – зовні нічим не виказують свого відношення до домашніх проблем. Зміни в поведінці таких дітей протікають тихо й непомітно. Тільки дуже уважний батько може помітити такі симптоми, як: заглиблення в себе, або загальмованість, самоусунення від усього, сум і полохливість. Результатом довготривалого перебування дитини у хронічному стресі стає відхилення в її поведінці, так звана «деструктивна поведінка». І як наслідок – розвиваються особистісні відхилення дитини.

Розвитку невротичних розладів у дитини також сприяють незадовільні житлово-побутові умови молодшої сім'ї й матеріальна ситуація, постійна зайнятість батьків, ранній вихід матері на роботу (щоб заробити гроші) і опіка над дитиною сторонніх.

Руйнування сім'ї та розлучення батьків – також сильна психічна травма для дитини. Дуже рідко батьки розлучаються цивілізовано, частіше навпаки. У цій непростій для дитини ситуації вона повинна вибрати між двома рідними й однаково потрібними їй людьми – між мамою і татом, прийняти сторону одного і відмовитися від іншого. Також болісно переживається дитиною створення батьками нових сімей.

Саме тому в дитини з проблемної сім'ї до його вікової нестійкості темпераменту додаються постійні переживання внаслідок невирішеного конфлікту. Мозок дитини не може справитися з таким перевантаженням, оскільки одночасно відбувається травмування дитячої психіки і блокування емоцій. Часті дитячі переживання, страхи і неможливість по-дитячому відреагувати на ту чи іншу ситуацію (батьки суворо попередили, що так діяти не можна) трансформуються у тривогу, постійні сумніви та переживання.

Таким чином, у дитини формується тривожно-недовірливий тип реагування і, як наслідок, може розвинутися тривожно-фобійний невроз. Порушення стосунків у системі «батьки – дитина» дуже впливають на формування неадекватних поведінкових проявів дитини, її захисних механізмів, стійких негативних рис характеру, на виникнення аномалій формування особистості в дитячому віці, на виникнення в дітей неврозів.

Рекомендації батькам:

1. Головне, що потрібно зрозуміти батькам, це те, що причиною нервових захворювань дітей є помилки у їх вихованні (нестача любові, турботи, відсутність послідовності у вихованні, сімейні конфлікти, тощо), а не вікові особливості дитячої психіки.

2. Для гармонійного розвитку дитини і для її психічного здоров'я батькам насамперед потрібно вирішити свої власні проблеми і проблеми взаємовідношень у сім'ї.

3. Щоб уникнути конфліктів у сім'ї, батьки повинні навчитися керувати своєю поведінкою. Якщо вони самі відчують, що вже перебувають на грані зриву і конфлікт неминучий і все це відбувається досить часто, то необхідно звернутися до спеціаліста (психолога, психотерапевта, нейропсихолога, психіатра), які допоможуть розібратися в сімейних проблемах.

4. Не припускатися розповсюджені помилки батьків, що нібито коли ретельно приховувати від дитини сімейні розлади, робити вигляд, що все гарно, діти нічого не помітять.

5. Обов'язкове виключення перенесень міжособистісних конфліктів на взаємини з дитиною.

6. Недопустимість авторитарного стилю виховання, самоствердження завдяки дитині, обмеження способу її включення в життя сім'ї, гіперопіка і, навпаки, гіперпротекція (недостатність опіки і контролю), емоційне відчуження, неприйняття дитини, нав'язування гіперсоціального типу поведінки, егоцентричне виховання.

7. Потреба в емоційній допомозі батьків (зміцнення афективного компонента); оскільки емоційна невлаштованість, «поганий настрій» блокують прагнення дитини.

8. Самокритичне визнання дорослими недоліків у вихованні: перебудова своїх стосунків з дитиною завдяки гнучкості й безпосередності спілкування з нею.

Висновки. Сім'я – це найважливіше, що є в дитини, і те, як до неї будуть ставитися батьки, яку увагу вони будуть їй приділяти, які відносини вона бачитиме між членами родини, вплине на її самоствердження та подальше життя.

Виняткову роль у виникненні неврозу відіграють нерозв'язані кризи дитинства. Сімейні конфлікти стають ключовою причиною виникнення дитячих неврозів. Психічним тлом вияву невротичних симптомокомплексів є тривожність. Основними чинниками тривожності виступають фрустрація в досягненні успіху і страх не відповідати очікуванням.

ДОДАТОК 2

Проблеми, що виникають у відносинах батьків із дітьми

Основні стереотипи й помилки батьків в інтерпритації при наступних формах поведіння дітей:

- злість;
- неслухняність;
- неуважність;
- обман.

Потрібно розуміти особливості виникнення такої поведінки, а саме:

- її причини й наслідки (наприклад, приховане маніпулювання з боку інших дітей чи однолітків у класі можуть викликати різні види неадекватної поведінки);
- вікові особливості дитини (наприклад, дитина і 3–5-ти років, і в 11–13 років, у принципі дуже погано регулює власні емоційні реакції і неадекватно може реагувати на вимоги дорослих);
- характер функціональних обмежень дитини (наприклад, дитина з мінімальною мозковою дисфункцією за рахунок неможливості переносити важкі емоційно-психологічні навантаження може неадекватно емоційно реагувати на психофізичну втому).

	БАТЬКИ	ДИТИНА З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ	ІНШІ ДІТИ
Приклади поведінки батьків та реакція на них дитини й інших дітей у родині	Поспішність	Розгубленість	Демонстративність
	Демонстративність	Злість	Злість
	Злість	Протест	Протест
	Перфекціонізм	Саботаж	Злість
	Маніпуляції	Саботаж	Обман
	Потакання	Саботаж	Злість
	Неузгодженість	Розгубленість	Маніпуляції
	Покарання без пояснень	Страх Безпорадність	Маніпуляції

Важливим завданням при корекції поведінки є розуміння ситуації, під час якої виникає неадекватна поведінка, та визначення причини її виникнення.

Причини неадекватної поведінки:

- зміни оточуючого середовища;
- перший негативний досвід;
- перевтома;
- недосипання;
- нерозуміння того, що відбувається;
- голод;
- тісний одяг, взуття;
- фізичний біль;
- усе, що завгодно.

Але не завжди можна виявити причину неадекватної поведінки.

У ситуаціях, коли дитина відчуває себе дискомфортно, може виникнути фізична агресія, вона може розкидати різні предмети, топтати їх ногами. Іноді агресія проявляється до деяких іграшок, предметів: їх рвуть, кидають і т. д. Тому такі предмети необхідно прибирати з поля зору або замінити іншими.

Агресія може бути направлена на чужих або на близьких для дитини людей, вона проявляється в агресивних словах, іноді в погрозах, фізичних проявах. Якщо дитині почати забороняти або покарати її, то вона стає ще більш агресивною. Частіше всього такі прояви виникають у незнайомому для неї оточенні. Для зменшення таких проявів на вербальному рівні пояснюють емоційний зміст складних ситуацій.

Головна мета корекційної роботи з поведінкою: довести неприємну ситуацію до позитивного розвитку і вирішення, а також формувати стереотип позитивної поведінки. Якщо причиною є страх, то з допомогою певних словесних штампів або дій, спрямованих на подолання страху, показати дитині, що їй нічого не загрожує. Словесні штампи – індивідуально підібрані заспокійливі слова, за допомогою яких можна заспокоїти або пояснити зміни в навколишньому оточенні (дії інших людей), не викликаючи протесту з боку дитини. Наприклад: «усе добре»; «це жарт»; «образно».

Шляхи вирішення проблем поведінки:

- для зниження агресивної поведінки потрібно більше носити дитину на руках, обіймати її (профілактика);
- визначення причин агресії допоможе коригувати поведінку шляхом їх усунення;
- дотримування визначеного порядку речей та послідовності дій згідно з режимом дня;
- пояснення емоційного змісту складних ситуацій на вербальному рівні;
- переключення уваги дитини на щось інше;
- формування стереотипів поведінки дитини в різних ситуаціях (рольові ігри).

ДОДАТОК 3

Додаткове навантаження на батьків, які виховують дитину з інвалідністю

Народження в сім'ї здорової дитини, її виховання неодмінно веде до змін у звичному житті родини і змушує батьків розв'язувати певні завдання та долати різні виклики:

- фізичні – час, фізичні зусилля по догляду (годування, купання, їжа, гуляння, приσιплення, бавлення...)
- емоційні – зміна ролей, страхи, радість, втома, злість, почуття провини, депресії...
- фінансові – декретна відпустка, візок, дитячі меблі, памперси, харчування...
- інформаційні – як правильно доглядати, чим годувати, щепити, як виховувати, яким є правильний розвиток, істерики дитини...
- міжперсональні – стосунки між чоловіком/дружиною, бабцями/дідусями, друзями/лікарями/педагогами...
- соціальні – професійна реалізація, відпочинок, друзі, дитячі заклади...

Якщо ж у сім'ї з'являється дитина з особливими потребами, до перерахованих вище викликів можуть доєднатися інші специфічні труднощі:

- Емоційні – для більшості батьків народження неповносправної дитини, а чи виявлення в їх дитини хронічного невиліковного захворювання є повною протилежністю до їхніх очікувань та мрій, а тому викликає шок і супроводжується усвідомленням втрати очікувань та мрій. Roberts (1997) перераховує щонайменше чотири компоненти втрати, яку переживають батьки при встановленні в дитини неповносправності: (1) втрата очікуваного, ідеалізованого образу дитини, (2) втрата вимріяного для дитини майбутнього, (3) втрата своїх особистих та сімейних мрій і планів на майбутнє, (4) нарцистична втрата. Під останньою мається на увазі, що народження здорової, повноцінної дитини часто є для батьків об'єктом гордості, доказом їхньої повноцінності як батьків, подарунком/нагородою Бога, підтвердженням їхнього статусу в очах родини та суспільства. Народження ж неповносправної дитини за умови домінування в суспільстві сприйняття неповносправної особи як меншовартісної може викликати в батьків відчуття сорому, власної меншовартості як батьків, сприйматися ними як кара Божа і вияв їхньої особистої неповноцінності.

- Реабілітація – дитина з неповносправністю чи хронічною хворобою зазвичай потребує спеціальної медичної/реабілітаційної опіки та допомоги. Це ставить перед сім'єю цілий ряд додаткових завдань: пошук якісних послуг, компетентних фахівців, фінансове забезпечення лікування, супровід дитини і відповідно витрачений на це час батьків, численні госпіталізації...

- Доступність – для багатьох людей з обмеженням у здатності самостійно пересуватися, які користуються інвалідними візками, архітектурні перешкоди є одним із голоних бар'єрів до їхньої інтеграції в життя суспільства. Seligman (1989) зазначає: сучасне «суспільство є структуроване як фізично, так і соціально, відповідно до потреб «неповносправної» його частини». Державна політика у сфері забезпечення фізичної доступності архітектурного середовища є яскравим проявом того, наскільки суспільство усвідомлює проблеми людей з особливими потребами. Архітектурні бар'єри чи їхня відсутність є також ілюстрацією того, якою мірою ступінь соціальної інвалідизації неповносправних людей залежить від соціальної політики й рівня соціальної відкритості. Якість життя людини на візку та її можливості до самореалізації в різних сферах є радикально відмінними залежно від того, чи ця людина живе в такій державі, у якій проблема доступності вирішена або ні.

- Поведінкові проблеми – у дослідженні Baxter (1986) поведінкові проблеми в сукупності з потребою постійної турботи про дитину входили у двійку найбільших стресів

сорів для сім'ї, де виховується дитина з розумовою відсталістю. Такі проблеми виникають у родині, де ростуть діти з аутизмом, гіперактивним розладом з дефіцитом уваги та рядом інших форм неповносправності. Значний ступінь стресу, пов'язаний із поведінковими проблемами, пояснюється насамперед кількісним зменшенням перебування сім'ї в різних соціальних середовищах, громадських місцях у зв'язку з проблемною поведінкою дитини, яка привертає увагу, заважає іншим, викликає різні неприємні зауваження та коментарі оточуючих. Батьки як наслідок такої поведінки переживають очевидний дискомфорт. Вони можуть «зриватися», застосовувати крик чи фізичне покарання як форму дисципліни і потім переживають почуття провини. Та оскільки уникнути соціальних контактів й перебування в громадських місцях неможливо, то кожен похід у гості, до лікаря перетворюється для батьків у стресову подію.

- Соціальна адаптація/стигматизація – для багатьох батьків непередбачуваним, постійним джерелом стресу є принизливі, дискримінуючі дії оточуючих людей щодо них та їхньої дитини, зумовлені її неповносправністю. Менш вразливим, втім не менш болісним, є пасивне відкинення (ігнорування) неповносправної дитини/дорослої особи, небажання спілкуватися з нею, товаришувати.

- Пошук закладу – нестача закладів інтегрованої освіти, доступу до адекватної реабілітації та опіки...

- Екзистенційні питання – народження неповносправної дитини, хронічна/термінальна хвороба дитини, смерть стають серйозним випробуванням для системи цінностей, світогляду, релігійних переконань батьків.

ДОДАТОК 4

Школа виживання для прийомних батьків*

– Спілкуйтеся з іншими прийомними сім'ями, дитячими будинками сімейного типу, щоб уникнути ізоляції.

– Не реагуйте дуже гостро на проблеми. Не всі проблематичні вчинки або почуття дитини пов'язані з усиновленням, багато пов'язано з розвитком або з особливістю навколишнього середовища. Варто поспілкуватися з іншими батьками і (або) професіоналами, щоб визначити, чи має ця ситуація відношення до усиновлення, чи являється нормальною складовою процесу виховання.

– Розмовляйте про те, чому ви взяли дітей у свою сім'ю. Часто діти бояться задавати питання, хвилюючись через те, що цим образять батьків. Тому батьки самі повинні розпочинати розмову.

– Заохочуйте дитину до того, щоб вона позитивно ставилась до своєї рідної сім'ї. Для того, щоб у дитини була хороша самооцінка, вона не повинна відчувати дискомфорту відносно свого походження. Пам'ятайте, що батькам дозволено любити більше ніж одну дитину. Дітям потрібно дозволити любити більше ніж одного з батьків. Не примушуйте вашу дитину вибирати між вами та біологічними батьками.

– Дізнайтесь якомога більше про рідну сім'ю дитини (якщо можливо, знайдіть фотографії), її історію, перебування в дитячих закладах, про те, які хвороби перенесла дитина. Уся ця інформація може бути дуже важливою і може знадобитися вам у різні періоди життя.

– Завжди будьте чесними, коли розповідаєте про рідну сім'ю та про історію дитини. Якщо інформація занадто важка, деякі факти можуть бути відстрочені до того часу, поки дитина не підросте. Факти ніколи не повинні змінюватись. Правилком має бути те, що діти повинні одержати повну інформацію до того, як увійдуть у підлітковий вік.

– Будьте уважними в критичні для дитини моменти, коли вона переживає втрати або зміни в житті. Також будьте чутливими до «визначних» дат, у періоди збільшення емоційної напруги (дні народження, відпустки, День матері). У такі моменти дитина може знову переживати стрес, згадуючи про те, що вона прийомна.

– Дозвольте прийомному татові грати головну роль у той час, коли дитина входить у підлітковий період. Основне почуття гіркоти, гніву з приводу того, що її залишили, як правило, направлені на рідну матір. Цей гнів дуже часто проектується на прийомну маму. Стосунки матері й підлітка можуть стати дуже напруженими. Прийомний тато повинен регулювати ситуацію наскільки можливо.

– Уникайте боротьби за контроль. Можливо, вам потрібно програти декілька битв, щоб виграти війну. Батьки можуть успішно впливати лише на один або два аспекти поведінки одночасно. Визначте, що для вас найважливіше в поведінці дитини в цей час та будьте готові дозволити багатьом іншим менш важливим проблемам відійти на якийсь час убік.

* підготовлено проектом «Нова сім'я» за матеріалами семінарів Рубі Джонсон, доступно із сайту <http://novasimya.org.ua/articles/17>

ДОДАТКИ ДО ТЕМИ 4.4

ДОДАТОК 1

Синдром емоційного вигорання

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – специфічний вид професійної деформації осіб, вимушених під час виконання своїх обов'язків тісно спілкуватися з людьми. Це реакція організму, що виникає внаслідок тривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності.

Це вироблений особою механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на обрані психотравмуючі дії. У літературі як синонім до синдрому емоційного «вигорання» використовується термін «синдром психічного вигорання».

«Синдром емоційного вигорання» характерний тільки для представників комунікативних професій або, як ще прийнято їх називати, професій типу «людина – людина».

Причини розвитку СЕВ

– Суб'єктивні (індивідуальні) пов'язані: з особливостями особи, віком (молоді співробітники більше схильні до ризику «вигорання»), системою життєвих цінностей, переконаннями, способами і механізмами індивідуального психологічного захисту, з особливим відношенням до виконуваних видів діяльності, взаєминами з колегами по роботі, членами своєї сім'ї. Сюди можна віднести і високий рівень очікування результатів своєї професійної діяльності, високий рівень відданості моральним принципам, проблему відповісти на прохання відмовою і сказати «ні», схильність до самопожертвування і тому подібне. Найбільше схильні до «згорання» і першими виходять з ладу, як правило, найкращі співробітники – ті, хто найвідповідальніше ставиться до своєї роботи, вболіває за свою справу і «вкладає в неї душу».

– Об'єктивні (ситуаційні) безпосередньо пов'язані зі службовими обов'язками, наприклад: зі збільшенням професійного навантаження, недостатнім розумінням посадових обов'язків, неадекватною соціальною і психологічною підтримкою і так далі.

Для батьків-вихователів, прийомних батьків характерними особливостями навантажень, що викликають СЕВ, є:

- необхідність по роботі багато й інтенсивно спілкуватися;
- робота, пов'язана з відповідальністю за долю, здоров'я й життя інших – дітей;
- постійні переживання внутріособистісного конфлікту у зв'язку з роботою;
- професійна діяльність, що проходить в умовах гострої або постійної нестабільності;
- проблеми умов проживання (великого міста, села);
- нерозуміння оточення;
- умови роботи, коли людина часто потрапляє в нові, незвичні, несподівані для неї ситуації.

Особистісні особливості, що сприяють розвитку СЕВ:

- високий рівень емоційної нестійкості;
- високий самоконтроль;
- раціоналізація мотивів свого поведіння;
- схильність до підвищеної тривоги, емоційної гіперболізації;
- ригідна особистісна структура;
- завищені очікування щодо самого себе й оточуючих;
- високий рівень включеності, самовідданості й ідеалізму;
- потреба довести свою спроможність;
- сильна орієнтація на досягнення мети;
- невміння говорити «ні».

- труднощі з делегуванням відповідальності;
- схильність до самопожертви;
- тенденція до того, щоби бути тим, хто постійно «дає», а не «бере».

Внутрішні особистісні фактори ризику розвитку СЕВ

- Невиправдана самопожертва – повне розчинення в іншому, слабкі розмиті межі «я», «зараження» станом іншого.
- Порушені навички спілкування (труднощі в контактуванні).
- Ригідність, відсутність гнучкості, одноманітність стилю спілкування.
- Алекситимія в усіх проявах (неможливість висловити словами свої відчуття).
- Егоїсти із «загартуванням» (усвідомлений або неусвідомлюваний егоцентризм) або альтруїсти (синдром жертви, надмірний альтруїзм).
- Трудоголізм: маскування якої-небудь проблеми роботою.
- Зростаюче почуття відсутності внутрішніх ресурсів.

Ситуативні особливості, що потенціюють розвиток СЕВ

- «Багатоликість» функціональних обов'язків.
- Конфлікт між вимогами й можливостями.
- Перевантаження.
- Міжособистісні конфлікти в родині й поза нею.
- Відсутність належної підготовки для здійснення роботи.
- Недостатні ресурси.
- Недостатня соціальна підтримка.
- Відсутність достатнього рівня вдячності.

Стадії СЕВ

Тривале і надмірне функціональне навантаження за наявності напружених міжособистісних стосунків, що мають яскраве емоційне забарвлення, є основною передумовою формування синдрому «вигорання». Цей процес відбувається поступово, умовно його можна розділити на три стадії.

Емоційне виснаження – перша стадія професійного «вигорання». Воно має прояви в емоційному перенапруженні, почутті нестачі сил до кінця робочого дня та наступного дня, і, як результат, – у зниженні емоційного фону. Сприйняття приглушується, втрачається гострота почуттів, виникає відчуття «порожнечі», байдужості до всього оточуючого, у першу чергу – до професійної діяльності. На цій стадії синдром «вигорання» ще може розглядатися як захисний механізм, оскільки дозволяє людині дозувати й економно витратити свої енергетичні ресурси.

Потім - починають дратувати люди, з якими доводиться працювати, втрачається інтерес до спілкування. У колі своїх колег фахівець, що почав «вигорати», зі зневагою і цинізмом розповідає про деяких своїх клієнтів або підлеглих. Це характерно для другої стадії «вигорання» деперсоналізації. Вона проявляється в деформації (знеособленні) міжособистісних стосунків. В одних випадках підвищується негативізм, активізуються цинічні настанови і почуття в повсякденних контактах як із колегами, так і з клієнтами. В інших випадках, навпаки, підвищується залежність від інших. Причому сам «вигораючий» не розуміє причини свого роздратування і починає шукати їх навколо себе, як правило, на роботі.

На третій стадії - редукції особистих досягнень відзначається різке падіння самооцінки, яке може проявитися в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень і успіхів, до редукування власної гідності, у негативізмі відносно службових обов'язків, зниженні професійної мотивації, знятті із себе відповідальності, обмеженні своїх можливостей і обов'язків відносно інших. Людина за звичкою може

зберігати респектабельність, проте всі оточуючі стають йому байдужими. Спілкування з людьми викликає дискомфорт. На останній стадії можливі психосоматичні реакції і зловживання психоактивними речовинами (алкоголем, наркотиками).

Основні симптоми СЕВ

Оскільки «вигорання» наростає поступово, людина часто продовжує працювати в тому ж режимі з важкими психологічними перевантаженнями до тих пір, поки не наступлять критичні його прояви: фізичні, психологічні і поведінкові.

При «одержимості» роботою, наприклад, вихованням дітей – людина відмовляється від власних потреб, забуває про них, внаслідок чого наступає: психологічне й фізичне виснаження, особистісна відчуженість, падіння самооцінки, відчуття втрати власної ефективності.

До фізичних проявів відносяться:

- зниження апетиту;
- загострення хронічних захворювань;
- швидка втомлюваність;
- відчуття виснаження після будь-якої активної діяльності (при цьому звичайний для людини відпочинок не приводить у норму);
- часті головні болі, постійне коливання тиску;
- порушення сну (безсоння, труднощі при засинанні, часті прокидання вночі, сонливість вдень, тощо).

До соціально-психологічних симптомів "вигорання" відносяться:

- пригнічений настрій, депресія;
- байдужість до важливих подій власного життя, родини, пасивність;
- підвищена дратівливість;
- «занурення в себе», відмова від спілкування (або зниження до мінімуму);
- постійне переживання негативних емоцій, для яких у зовнішній ситуації причин немає (наприклад, почуття провини, образи, підозрілості, сорому, скутості, невпевненості);
- відчуття неусвідомленого занепокоєння й підвищеної тривожності (постійне передчуття того, що «щось має трапитись»);
- перфекціонізм, відчуття гіпервідповідальності та постійного страху, що «не вийде» або що «не впораюся»;
- схильність брати все «близько до серця» (надавати великого значення незначним подіям);
- загальна негативна установка на життєві перспективи (за типом: «хоч як намагайся, все одно нічого не вийде», «бийся-бийся - нічого не доб'єшся, ще й будеш винним»).

Поведінкові проблеми можуть бути наступні:

- емоційні «вибухи», невмотивована зміна настрою;
- нехтування професійними та сімейними обов'язками;
- зниження самокритичності;
- негативний настрій по відношенню до виконуваної роботи, відсутність ініціативи, мотивації;
- падіння продуктивності праці;
- обмеження спілкування з колегами, друзями і знайомими;
- труднощі при спілкуванні з оточенням, поява негативного відношення до дітей;
- втрата почуття гумору, негативне ставлення до себе;
- зловживання алкоголем, нікотиним, кофеїном та ін.

Наявність у людини одного або декількох таких ознак вказує, що процес «вигорання» почався.

Профілактика синдрому «вигорання»

Профілактика СЕВ має бути комплексною і вестися в різних напрямках.

Щоб уникнути СЕВ, доцільно зрідка (але обов'язково) переосмислювати своє життя, належним чином оцінювати його – наскільки задовільно, наскільки радісно вам живеться. Якщо існуюче життя не задовольняє, варто вирішити, що потрібно зробити для позитивних зрушень та зрозуміти, що для цього потрібно зробити зараз, що потім, а що робити постійно. А головне - почати робити.

Потрібно вміти і мати:

- відкритість новому досвіду;
- вчитися у своїх дітей;
- отримувати нові знання;
- не надто поспішати й давати собі досить часу для досягнення позитивних результатів у роботі й житті;
- обмірковані зобов'язання (не слід брати на себе більшу відповідальність за здоров'я, одужання, досягнення дитини, ніж це можливо);
- періодичні зустрічі для обміну досвідом та емоційного спілкування з колегами або однодумцями;
- хобі, що приносить задоволення;
- приділяти увагу своєму здоров'ю підтримувати його;
- задовольняти розвиток особистих інтересів;
- повноцінне соціальне життя, друзів;
- прагнення до бажаного, без «зобов'язань домогтися найкращого результату завжди й по-своєму»;
- вміння приймати нереалізоване без самознищення й агресії;
- вміння оцінити себе без фіксації на повазі й прийнятті оточуючих.

Потрібно скерувати себе на:

- прийняття своїх проблем: насолоджуватись життям не зважаючи на труднощі і негаразди;
- прояснення причин виникнення стресів;
- своєчасне розслаблення, регулювання актуального емоційного стану, перенапруги;
- знання себе і своїх базисних особистісних потреб;
- аналізування своєї проблемної поведінки: основних психологічних захистів, алекситимії, психосоматизації;
- роботу зі внутрішнім переживанням: минуле відправляти в минуле;
- прийняття відповідальності (а не провини) за своє поведіння, свої слабкості, свій вибір у житті;
- прийняття себе - своїх сильних і слабких сторін.

Потрібно знаходити:

- радість навколо себе: вміння навіть у малому бачити й відчувати радість;
- розслаблення: вміння навіть по крихітках, миттєво розслаблюватися, переключати увагу;
- баланс інтересів: вміння усвідомлювати необхідність задовольняти всі сторони життя;
- проблеми: вміння усвідомлювати проблемні зони особистості й життя;
- ресурси: здатність усвідомлювати можливості й способи змін.

Ресурсами у профілактиці СЕВ є:

- вміння справлятися з власними негативними переживаннями (злість, безпорадність, слабкість);
- вміння адекватно емоційно реагувати на незрозуміле, дратівливе поведіння дитини;
- вміння бачити перспективи майбутнього.

Водночас є специфічні заходи, безпосереднє використання яких при плануванні будь-якої діяльності також запобігають розвитку СЕВ. Найпростішим є застосування прийомів планування часу (тайм-менеджменту), такі як:

- якісне планування режиму свого дня в цілому. А саме: намагатися лягати спати не пізніше 23:00 (поставити собі заборону на пізній перегляд телепередач і фільмів чи "нічне" сидіння за комп'ютером);
- збалансування системи харчування: обов'язковість сніданку, обіду, вечері;
- відведення часу для маленької прогулянки або іншого відпочинку (у другій половині дня або в обідню перерву);
- завчасне планування діяльності (розподіляючи справи за важливістю, терміновістю);
- адекватне і своєчасне лікування (захворівши, звертатись до лікаря та виконувати його рекомендації, в тому числі стосовно режиму лікування);
- підвищення професійного рівня (участь у семінарах, конференціях, тематичних зібраннях, де надається можливість зустрічатися з однодумцями, фахівцями, новими людьми та обмінюватися досвідом, збагачувати знання).

Профілактичні і корекційні заходи при синдромі емоційного вигорання багато в чому подібні – те, що захищає від розвитку цього синдрому, може використовуватися і за наявності його симптомів. Тому, дотримуючись названих вище рекомендацій, людина не тільки зможе запобігти виникненню СЕВ, а й зменшить гостроту його проявів, якщо цей розлад уже виник.

Перелік скорочень

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДЦП	дитячий церебральний параліч
ІПР	індивідуальна програма реабілітації
Комітет	Комітет з прав інвалідів Організації Об'єднаних Націй
Конвенція	Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права інвалідів
ЛКК	лікарсько-консультаційна комісія
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-й перегляд
МСЕК	медико-соціально експертна комісія
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПМПК	психолого-медико-педагогічна консультація
РайСМК	районна санаторно-курортна комісія
РДА	ранній дитячий аутизм
СД	синдром Дауна
СЕВ	синдром емоційного вигорання
ХНС	хвороби нервової системи
ЦНС	центральна нервова система

Навчально-методичний посібник

Програма підготовки кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі до виховання дітей з інвалідністю

Верстка та дизайн: *Олександр Мельник*
Фото на обкладинці: *Олександр Гляделов*

ПБО «Надія і житло для дітей» в Україні
вул. Багговутівська, 4, оф. 57, м. Київ, 04107
www.hopeandhomes.org.ua

Підп. до друку 16.02.2012. Формат 60х90/8.
Папір крейдований. Гарнітура PetersburgC. Друк офсетний.
Наклад 400 прим.