**ТОЛЕРАНТНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА УСПІШНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ**

**ЗМІСТ**

**ВСТУП**

**РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО – РУХОВОГО АПАРАТУ…………………………………………………………………………..**

1.1 Стан розробки досліджуваної проблеми в науковій літературі…………..

1.2.Соціально – психологічна характеристика осіб з порушеннями опорно-рухового апарату…………………………………………………...………...

**РОЗДІЛ 2 .ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНО -ДОСЛІДНИЦЬКА РОБОТА………….**

2.1. Методи та методики………………………………………………………...

2.2. Хід дослідження…………………………………………………………….

2.3. Результати дослідницької роботи………………………………………….

**РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО – ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО – РУХОВОГО АПАРАТУ……………………………………………………………..**

3.1.Зміст та завдання соціально-педагогічної діяльності з окресленою категорією дітей……………...………………………………………………………..

3.2.Основні напрямки роботи соціального педагога з дітьми, у яких присутні порушення опорно-рухового характеру……….…………………………

3.3.Рекомендації фахівцям соціально-педагогічної сфери для роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату………………………………….

**ВИСНОВКИ…………………………………………………………………………..**

**СПИСОК ВИДОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ………………………………………...**

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Соціально-політична та економічна трансформація сучасного українського суспільства безпосередньо пов’язана з розширенням сфер соціальної політики, одним з пріоритетів якої є забезпечення умов для самореалізації кожної окремої людини. Однак у сучасному соціокультурному просторі нашої держави наявне упереджене ставлення до дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, які розглядаються як носії соціальної ексклюзії і стосовно яких поширюється таке негативне явище, як стигматизація. У соціумі, на жаль, переважно створюється „бар’єрне середовище” для такої категорії людей.

Діти, які мають проблеми з опорно-руховим апаратом не повинні слугувати об’єктом насмішок. На жаль, у сучасному суспільстві це досить звична річ. Наше покоління – це жорстокі підлітки та молодь, котрих хвилює власне «его». Ми давно забули про моральні та духовні цінності. В даному випадку, щоб вдало передати сучасний стан людства, варто пригадати слова одного дуже розумного чоловіка по імені Далай-Лама. У свій час він висловив одну цікаву думку, яка свідчить про те, що люди були створені для того, щоб їх любили, а речі, щоб ними користувалися. Але згідно нових молодіжних тенденцій наш світ перебуває в цілковитому хаосі, адже все навпаки.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату внаслідок їхньої особливої вразливості, відсутності сприятливого середовища для задоволення своїх потреб, обмеження їхньої соціокультурної мобільності, життєвих шансів потребують особливої уваги, що безперечно актуалізує питання соціальної інтеграції та адаптації таких дітей, дотримання їхніх конституційних прав, доступності ресурсів навколишнього світу.

Удосконалення організації та змісту спеціальної освіти, своєчасної комплексної допомоги дітям з різними порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі й з порушеннями опорно-рухового апарату, мають першочергове значення для ефективності їхньої підготовки до школи, своєчасного лікування, корекційного навчання в школі, інтеграції в суспільство. Значний внесок у дослідження процесу інтеграції в спеціальній освіті дітей з особливими потребами здійснили А. Колупаєва, В.Засенко, Т. Лещинська, В. Масенко, Н. Шматко, Л.Шевчук та інші.

Зокрема, досліджено основні особливості навчальної діяльності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на основі чого визначено загальні й специфічні вимоги до змісту і методики їхнього навчання, оцінювання знань відповідно до психофізичних особливостей і пізнавальних можливостей. Принципово важливим для нашого дослідження є акцентування уваги практиків на організації та змісті роботи з корекції порушених функцій в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, необхідності здійснення індивідуального підходу до них під час проведення інтерактивних ігор, корекції поведінкових функцій, формування елементарних уявлень тощо (М.Іпполітова).

Однак нами не виявлено спеціальних досліджень, спрямованих на розробку соціально-педагогічних умов організації соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Увага зверталася переважно на необхідність здійснення індивідуального підходу в процесі їхнього навчання та його реалізацію на окремих корекційних заняттях. Таким чином, визначається потреба в науковому обґрунтуванні соціально-педагогічних умов та апробації проблем соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату . Це і зумовило вибір теми дослідження : **«Соціальна інтеграція дітей з порушеннями опорно-рухового апарату».**

**Об’єкт дослідження** – процес соціальної інтеграції дітей з порушеннями опрорно-рухового апарату.

**Предмет дослідження** – соціально-педагогічні умови успішної соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату , які за станом здоров’я можуть відвідувати загальноосвітні заклади, спеціальні школи-інтернати, навчально-реабілітаційні центри.

**Мета дослідження** – виявити та науково обґрунтувати соціально-педагогічні умови соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату , розробити та апробувати корекційну методику соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, спрямовану на зниження декомпенсуючого впливу вторинних відхилень, активізацію компенсаторних пристосувань.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел із загальної та спеціальної педагогіки, соціальної педагогіки, психології, соціології, медичної реабілітації; вивчення та аналіз соціально-педагогічного досвіду проведення занять з дітьми, у яких присутні порушення опорно-рухового апарату; емпіричні методи: вивчення документальних джерел, опитування, анкетування, бесіда-інтерв’ю, педагогічне спостереження, аналіз продуктів діяльності дітей, педагогічний експеримент.

**Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:**

– розкрито особливості психофізичного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (фізичного та психомоторного розвитку, психологічної зорієнтованості, розвитку навчально значущих функцій та пізнавальних можливостей), важливих для більш ефективної організації соціальної інтеграції;

– розроблено авторську корекційну методику спеціальної організації соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, яка включає розвиток сенсорних функцій, розширює і уточнює уявлення про навколишнє середовище, розвиває пізнавальну діяльність, формує та утверджує життєву компетентність, коригує емоційно-особистісний розвиток, сприяє мотивації до взаємодії з оточуючим ;

– конкретизовано соціально-педагогічні умови навчання, які враховують збережені функціональні системи дитини, забезпечують психолого-педагогічну підтримку особистісного розвитку та освіти дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

**Практична значущість** полягає в тому, що здобуті в процесі дослідження дані, удосконалені і систематизовані в ньому положення сприятимуть поліпшенню корекційно-реабілітаційної та навчально-виховної роботи у процесі занять педагогів різних навчальних закладів і батьків дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату.

**РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО – РУХОВОГО АПАРАТУ ЯК СОЦІАЛЬНО ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА**

* 1. **Стан розробки досліджуваної проблеми в науковій літературі**

Актуальною проблемою сучасної соціально-педагогічної теорії та практики є підготовка дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до якісної та послідовної соціальної інтеграції. Дуже важливо в свій час правильно зорієнтувати і допомогти дитині стати на шлях соціалізації. Приділення уваги даному питанню великою кількістю педагогів, психологів, соціологів зумовлене тим, що діти з порушеннями опорно-рухового апарату в сучасному демократичному суспільстві не мають права залишатися на узбіччі соціально-культурних процесів, системи людських взаємин та цінностей. Ці діти мають такі ж права, як і здорові діти, їм необхідно повноцінно навчатися, отримувати загальну освіту та в майбутньому приносити користь суспільству й державі. Варто зауважити, що при правильному підході до дітей, які мають проблеми з опорно-руховим апаратом можна досягнути неабияких результатів. Дуже часто з таких з людей, котрі народилися з такою вадою виростають неймовірні вчені, вчителі. Більше того такі особистості мають більше бажання жити і робити , щось для розвитку державих і самих себе, аніж здорові люди.

Сутність готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання та виховання в загальноосвітній школі розглядається нами як комплексна характеристика дитини, у якій розкриваються рівні розвитку психофізичних якостей, що є найважливішою передумовою для включення її в загальноосвітнє середовище.

Одним з найважливіших критеріїв балансу стабільності суспільства розглядається підтримка людського потенціалу, який утворює соціальну систему. Мається на увазі не тільки забезпечення відтворення населення, прожиткового мінімуму, здоров'я людей, але і створення умов для їхнього особистісного розвитку. Для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату це, в першу чергу, означає надання можливостей для успішної інтеграції, що виступає найважливішим чинником нормального функціонування і стабільності в суспільстві.

Особливість вивчення інтеграції молоді з порушеннями опорно-рухового апарату пов'язана з подвійністю об'єкта дослідження "особа-суспільство".

У соціальній педагогіці розроблено безліч теорій соціалізації. Соціалізацію можна розуміти як інтеграцію соціальних норм: соціальні норми стають обов'язковими для індивіда з функціональними обмеженнями в тому сенсі, як що вони, скоріше встановлюються ним самим для себе, ніж нав'язуються йому засобами зовнішньої регуляції і є, таким чином, частиною власної індивідуальності особи. Завдяки цьому індивід відчуває внутрішню потребу в  пристосуванні до тієї норми, що обумовлює його поведінку в соціальному середовищі.  Інтеграцію можна уявити як сутнісний елемент соціальної взаємодії на основі припущення про те, що особи з порушеннями опорно-рухового апарату, бажають підвищити ціну свого власного самоіміджу, прагнучи схвалення і підвищення статусу в очах інших; в цьому випадку індивіди інтегруються в тій мірі, в якій вони направляють свої дії відповідно до очікувань інших.

Соціальне життя виникає, відтворюється і розвивається, саме не зважаючи на наявність залежностей між людьми. Людина для задоволення своїх  потреб повинна вступати у взаємодію з іншими індивідами. Формування соціальних взаємозв'язків відбувається поступово – від соціальних контактів  до соціальної дії і, нарешті - до соціальної взаємодії. В процесі контакту здійснюється взаємне оцінювання індивідами один одного, селекція і перехід до складніших і стійкіших взаємозв'язків.

Соціальна взаємодія осіб з порушеннями опорно-рухового апарату відбувається на рівні споживання як форми соціальної активності. Тому велику роль в здійсненні взаємодії осіб з порушеннями опорно-рухового апарату відіграє система взаємних очікувань, що пред'являються індивідами і соціальними групами один до одного перед здійсненням соціальних дій. Взаємодія може продовжуватися і стати стійкою, багаторазовою, постійною. Так, вступаючи у взаємодію з колегами, ми знаємо, як вони повинні поводитися по відношенню до нас і як ми повинні взаємодіяти з ними. Порушення таких стійких очікувань, як правило, призводить до видозміни характеру взаємодій і навіть до переривання спілкування.

Інтеграція покликана забезпечити постійне особистісне зростання. Інтеграція є  успішною, якщо індивід освоює необхідні соціальні ролі, засвоює схвалювані даним суспільством, соціальною спільністю цінності, соціальні норми, стереотипи поведінки. Але це не означає, що вона відбувається як поступальна хода вгору. Це складний, суперечливий, динамічний процес, який особливо у молоді з порушеннями опорно-рухового апарату супроводжується кризами. Людина не завжди може впоратися з кризою інтеграції і подальший розвиток її особистості може піти не по висхідній .

Життєвий шлях людини з порушеннями опорно-рухового апарату супроводжується подоланням багатьох криз інтеграції, які виступають як кризи особистісного зростання, незадоволеності людини своїм соціальним або особистим статусом. Виявляється недосяжність бажаної ідентичності, непосильність бути таким, якого вимагає суспільство або очікує соціальна група. Недосяжна планка Я-ідентичності молоді з порушеннями опорно-рухового апарату може породити глибоке розчарування, конфлікт з суспільством, соціальною групою, з самим собою.  Відносини особи з порушеннями опорно-рухового апарату і суспільства не відрегульовані. Нерідко функції і ролі, які реально виконує індивід в суспільстві, не співпадають. Людина з порушеннями опорно-рухового апарату не знаходиться в гармонії зі своєю реальною функцією, яка йому нав’язана примусово. Розширення простору для самостійного вибору дій молоді з порушеннями опорно-рухового апарату має як позитивні, так і негативні сторони і може стати умовою для розвитку інтеграції, що відхиляється. Одним з поширених її проявів є прискорена інтеграція. Вона пов’язана з передчасним отриманням молоддю з порушеннями опорно-рухового апарату соціальних ролей з певними ярликами „інвалід” і вимушеною ідентичністю.

Примусова інтеграція відбувається з індивідом у разі його відчуження від встановленого в суспільстві процесу становлення особи або втрати впливу інститутів соціалізації, коли беруть верх стихійні випадкові канали соціалізації. Відхилення в інтеграції, виявлені за різними ознаками, можуть бути подолані шляхом корекції соціалізаційного процесу, зміст якого визначається залежно від того, що не виконується або порушується в соціалізаційній нормі, який ступінь відхилення, в чому воно виявляється або може виявлятися.

Формуючи, затверджуючи, закріплюючи ті або інші цінності, суспільство, тим самим, визначає бажаний для нього загальний напрям життєдіяльності людей, орієнтує їхні дії і взаємодії в певному руслі на основі пріоритетних цінностей даного суспільства. По-друге, в соціальних нормах (правових і моральних) суспільство на основі своїх соціальних цінностей задає своїм членам конкретні зразки (правила) поведінки в певних ситуаціях. Суспільство виробляє систему заходів для реального здійснення цих норм, а також різні способи реагування на поведінку людей і їхніх груп. Ціннісний-нормативний механізм регуляції соціального життя відображає характер взаємин суспільства і людини, форми співвідношення суспільства і держави. Держава може бути підпорядкована і служити суспільству і людині, але може підпорядковувати і пригнічувати суспільство і особу з порушеннями опорно-рухового апарату.

Специфіка інтеграції молоді з функціональними обмеженнями пов’язана з особливістю етапу соціалізації, що включає завершення первинної її стадії і початок вторинної. Первинну стадію індивід проходить в дитячому віці. Завдяки їй він стає повноцінним членом суспільства. Вторинна стадія — це подальший процес, що відбувається з вже соціалізованим індивідом.

Підготовка до інтеграції в суспільство молоді з функціональними обмеженнями дозволить вирішити ряд проблем не тільки морального, а й економічного аспекту. Це положення обумовлено тим, що підлітки у процесі підготовки до соціальної інтеграції зможуть розвивати соціальну, пізнавальну, емоційно-вольову  сфери, а також підвищити рівень соціального розвитку. У майбутньому це надасть позитивну основу в процесі організації їхньої професійної діяльності.

**1.2. Соціально – психологічна характеристика осіб з порушеннями опорно-рухового апарату**

Сучасний перебіг подій у суспільстві розповідає про досить складну ситуацію в школах з такими дітьми. Дуже часто діти з опорно-руховим стають баластом не тільки для своїх однокласників, а й вчителів. Саме вони найчастіше не знають особливостей цієї хвороби, упереджено відносять до таких проблем. Їхня думка зосереджена в тому, що таким дітям не місце в звичайній школі. Насправді це надзвичайно груба помилка. Звісно, що існує багато закладів, які готові взяти під опіку дітей з проблемами опорно-рухового апарату. Проте чи буде бажаний результат після закінчення такої установи? Чи дитина соціалізується і буде підготовлена до труднощів та реалій справжнього життя?Дитина, якій випав жереб боротися з такою нелегкою недугою важлива підтримка старших і однокласників. Школа-це місце різних особистостей. Це храм в якому переплітаються різні характери і різні моральні цінності. Саме в цих умовах повинна зароджуватися і особистість дітей, котрі страждають від проблем опорно-рухового апарату. В даній ситуації важливо знати всі ознаки цієї проблеми і вміти правильно пояснити їх тим, хто насміхається і не знаю про проблему таких дітей.

Які ж ознаки проблематики опорно-рухового апарату ?

Крім явних рухових розладів, у дітей із вадами опорно-рухового апарату можуть відзначатися вади інтелектуального розвитку: затримки психічного розвитку й розумова відсталість різного ступеня тяжкості.

Ураження рухової сфери в разі порушень опорно-рухового апарату може бути виражене у різних ступенях. Наприклад, за одних форм захворювання більше страждають рухи рук, за інших – ніг. Є діти, у яких рухові розлади настільки тяжкі, що цілком позбавляють їх можливості самостійного пересування і будь-яких дій із предметами. Є діти, у яких відзначаються легкі рухові дефекти, що проявляються в недостатньому обсязі, точності й темпі рухів в одній або кількох кінцівках, у розладах рівноваги, координації, в окремих рухах, у недостатній диференційованості рухів рук або ніг.

У дітей із діагнозом «порушення опорно-рухового апарату», незалежно від ступеня рухових дефектів можуть спостерігатися розлади емоційно-вольової сфери й поводження та зниження інтелектуального рівня, причому трапляється нерівномірна затримки інтелектуального розвитку: одні психічні функції можуть розвиватися відповідно до віку, інші – значною мірою відставати.Емоційно-вольові розлади в даних випадках проявляються в підвищеній збудливості дитини, надмірній чутливості до всіх зовнішніх подразників і лякливості. Деякі діти – неспокійні, метушливі, розгальмовані, інші – мляві, пасивні, безініціативні й загальмовані в руховій сфері.

Усім дітям цієї категорії властива нерівномірність сформованих різних пізнавальних функцій, дисгармонійність інтелектуального розвитку. Дослідники наголошують на слабкості невербальної складової інтелекту, тобто тієї частини інтелектуальних функцій, що не пов’язана з мовленням. Такими є сенсорні функції – різні види відчуттів і відповідні їм сприймання, уявлення, зокрема просторові, сенсомоторна координація. Це той блок інтелекту, який найтісніше пов’язаний із органічним ураженням мозку, хоча вираженість сенсорних порушень не має прямого зв’язку з важкістю рухових розладів.

Краще збереженим буває вербальний інтелект:здатність до оперування поняттями, логічними міркуваннями, інакше кажучи, словесно-логічне мислення.

Разом із тим ці дві сторони інтелектуальної діяльності настільки тісно пов’язані між собою і взаємозалежні, що недоліки розвитку однієї одразу ж негативно позначаються на іншій. Тому успішність розвитку словесно-логічного мислення в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, відносна: воно має ряд недоліків, зумовлених слабкістю тієї конкретно-чуттєвої основи, на якій формується. Найсуттєвішими для пізнання властивостей предметів і явищ навколишнього світу та подальшого розвитку дитини є зорові, слухові, тактильні, відчуття та сприймання. Усі вони тісно пов’язані з руховими функціями, які в дітей із порушеннями опорно-рухового апарату є дефектованими, тому й формування названих функцій у цих дітей відбувається неповноцінно. Так, недорозвиненість зорового сприймання пов’язана з обмеженням руху очей і порушеннями фіксації погляду. Крім того, запізнілий розвиток предметних дій не дозволяє дитині активно розглядати предмети, що зумовлює запізніле формування зорових образів і впізнавання знайомих предметів. З цих же причин виникають труднощі у формуванні уявлення про форму, величину та застосування цих еталонів у пізнанні навколишнього предметного світу.

Особливі ускладнення мають діти з порушенням зору, косоокістю чи обмеженими рухами очей.

У деякої частини дітей може виявлятися порушення слуху та слухового сприймання. Дитина може не сприймати окремих звуків мови, а тому неправильно їх вимовляти, заміняти іншими звуками. Недоліки слуху суттєво ускладнюють розвиток мовлення дітей та їхній загальний психічний розвиток. У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату часто буває надмірна чутливість до слухових подразнень: вони здригаються від різких звуків, при цьому в багатьох посилюються спазми м’язів.

У деякої частини дітей порушується дотикове або тактильне сприймання та відчуття – відчуття власних рухів. Усе це разом зумовлює труднощі розпізнавання предметів під час їх обмацування, що також обмежує різноманітність вражень від предметного світу.

Узгодженість руху руки та очей – важливе досягнення в розвитку дитини, яке дозволяє їй активно діяти з предметами та керувати своїми рухами. У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату ця здатність формується з труднощами, внаслідок чого уповільнюється розвиток предметних дій, що веде до затримки загального розвитку. Крім того, такі діти потерпа­ють від окремих специфічних труднощів під час малювання, конструювання, а також під час письма та читання: їм важко утримувати поглядом рядок, навчатися писати палички, елементи літер.

З порушенням зорово-моторної координації тісно пов’язані порушення просторових уявлень і просторового орієнтування. Діти з такими порушеннями не можуть визначити праву й ліву сторони, не орієнтуються у схемі власного тіла, не можуть по­казати його частини. Погано вони орієнтуються й у взаємному розміщенні предметів, тому довго не засвоюють понять «вгорі», «внизу», «поряд», «під», «над», «праворуч», «ліворуч», «позаду». Навіть у шкільному віці деякі діти плутають ці поняття, не можуть ними керуватися у практичних діях. Через це вони погано орієнтуються на сторінці зошита, важко запам’ятовують і розрізняють літери, особливо – схожі за написанням. Дітям важко складати різні зображення з окремих частин. Недоліки зорово-моторної координації та просторового орієнтування ускладнюють засвоєння навичок самообслуговування, роблять дітей безпорадними. Вони плутають праве та ліве взуття, не можуть зав’язати шнурки, навіть достатньо володіючи рухами рук, неправильно одягають сорочку, плутаючи її лицеву та виворітну сторони. У них можуть виникати труднощі з орієнтуванням у приміщенні. Дитина може не знаходити свою парту в класі, не може пройти в їдальню.

Вимушена обмеженість практичної діяльності, вузьке коло спілкування (переважно з дорослими), позначається на особливостях загальної обізнаності дітей, обсязі та змісті словника, яким вони користуються. Слово вних часто виявляється недостатньо наповненим реальним змістом, за яким стоять часом дуже неточні уявлення. Усі недоліки сприймання, характерні для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, негативно відбиваються на формуванні уявлень, а особливо – уяви як більш творчого процесу, тому уявлення й уява ***–*** найслабші ланки в структурі інтелекту дітей цієї категорії. Саме ця особливість значною мірою зумовлює труднощі дитини у визначенні конкретних понять, якими вона користується.

Часто діти з порушеннями опорно-рухового апарату, маючи досить роз­винене мовлення, не вживають або вживають неправильно прийменники, що означають напрямок, взаємне розміщення предметів у просторі. Труднощі, яких ці діти зазнають у просторовому орієнтуванні, не дозволяють їм побачити за такими словами певну реальність.

Характеризуючи особливості інтелектуального розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, багато дослідників звертає увагу на властивий їм так званий вербалізм,тобто схильність до тривалих розмов, часом на теми, невластиві їхньому віку, з якими вони мало обізнані. Це явище легко пояснюється, адже діти з вираженими порушеннями опорно-рухового апарату позбавлені чи різко обмежені в інших формах активності. Можливість поговорити – це сурогат діяльності для них. Тим часом їхнє спілкування майже повністю вичерпується товариством \_услової\_р дорослих. Від них діти переймають і зміст розмов, і мовні звороти.

Отже, інтелектуальний розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату характеризується дисгармонійністю: недорозвиненістю перцептивних функцій, й однобічністю досвіду, що накладає відбиток і на словесно-логічне мислення та мов­лення, які бувають відносно збереженими. Застосуванню на­явних знань і вмінь суттєво перешкоджає дуже нестійка увага та малий обсяг оперативної пам’яті, зумовлені великою виснажуваністю нервових процесів, низькою працездатністю. Навіть у тих випадках, коли говорять про нормальний інтелектуальний розвиток дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, у ньому все одно є чимало слабких ланок, для виправлення та компенсації яких потрібна систематична індивідуалізована педагогічна допомога.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату з граничними формами розумової відсталості (за тестом Векслера IQ – 71-89 балів) в основному характери­зуються ознаками незрілості емоційно-вольової сфери, відрізняються недостатньою продуктивністю будь-якої сфери діяльності, де вимагається вольове зусилля. У по­ведінці завжди переважають мотиви безпосередніх задоволень і бажань. Часто звертають на себе увагу надмірною залежністю від матері, несамостійністю, страхом перед медичною апаратурою, лікарями. Вони важко адаптуються до дитячого колективу, підвищено плаксиві, часто капризують. У школі важко зосереджуються на завданні, легко відволікаються, швидко стомлюються. За умови організації активної адекватної педагогічної допомоги можуть засвоїти програму загальноосвітньої школи, отримати відповідний їхньому вікові багаж знань і вмінь. Мовлення є достатньо правильним, словниковий запас відповідає віку дитини.

Підвищена емоційна лабільність поєднується з інертністю емоційних реакцій. Підвищена емоційна збудливість може поєднуватися з радісним, піднесеним, благодушним настроєм (ейфорія), зі зниженням критики. Нерідко ця збудливість супроводжується страхами, особливо [характерний](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) [страх](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85) висоти.

Також підвищена емоційна збудливість може поєднуватися з порушеннями поведінки у вигляді рухової розторможеності, афективних вибухів, іноді з агресивними проявами, з реакціями протесту по відношенню до дорослих. Всі ці прояви посилюються при втомленості, в новій для дитини обстановці і можуть бути однією з причин шкільної та соціальної дезадаптації. При надмірному фізичному та інтелектуальному навантаженні, помилках виховання ці реакції закріплюються і виникає загроза формування патологічного [характеру](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80).

Специфічні порушення діяльності та [спілкування](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BF%D1%96%D0%BB%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) при дитячому церебральному паралічі можуть сприяти своєрідному формування особистості.Найбільш часто спостерігається диспропорційний варіант розвитку особистості. Це проявляється в тому, що достатній інтелектуальний розвиток поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, підвищеною сугестивністю. Особистісна незрілість проявляється в егоцентризмі, наївності суджень, слабкою орієнтованістю в побутових і практичних питаннях життя. Причому з віком ця дисоціація зазвичай збільшується. У дитини легко формуються утриманські установки, нездатність і небажання до самостійної практичної діяльності; так, дитина навіть з збереженням ручної діяльності довго не освоює навички самообслуговування.

При вихованні дитини з порушеннями опорно-рухового апарату важливе значення має розвиток її емоційно-вольової сфери, попередження невротичних та неврозоподібних розладів, особливо страхів, підвищеної збудливості в поєднанні з невпевненістю у своїх силах.

У дитини з церебральним паралічем часто відзначається своєрідний розвиток за типом психічного інфантилізму. Для попередження психічного інфантилізму важливо розвивати у дитини волю і впевненість у своїх силах.

Крім рухових і мовних порушень, структура дефекту при церебральному паралічі включає в себе специфічні відхилення у психічному розвитку. Вони можуть бути пов’язані як з первинним ураженням мозку, так і з затримкою його постнатального дозрівання.

Рухові порушення обмежують предметно-практичну діяльність. Остання зумовлює недостатній розвиток предметного сприйняття. Рухова недостатність ускладнює маніпуляцію з предметами, їх сприйняття на дотик. Поєднання цих порушень з недорозвиненням зорово-моторної координації і мови перешкоджає розвитку пізнавальної діяльності.

Відхилення в психічному розвитку у дітей з церебральним паралічем у великій мірі обумовлені недостатністю практичної діяльності та соціального досвіду, комунікативних зв’язків з оточуючими і неможливістю повноцінної ігрової діяльності.

Рухові порушення і обмеженість практичного досвіду можуть бути однією з причин недостатності вищих кіркових функцій і, в першу чергу, \_услової\_р ним\_і просторових уявлень. Велику роль у порушеннях пізнавальної діяльності у дітей з церебральним паралічем грають і мовні розлади.

Особливості психічних відхилень у великій мірі залежать від локалізації мозкового ураження.

Порушення розумової працездатності у дітей з церебральними паралічами проявляються у вигляді синдрому дратівливої слабкості. Цей синдром включає два основних компоненти: з одного боку, це підвищена виснаженість психічних процесів, стомлюваність, з іншого – надзвичайна дратівливість, плаксивість, примхливість.

Іноді при цьому спостерігаються більш стійкі дистимічної зміни настрою (знижений фон настрою з відтінком невдоволення). Діти з церебральним паралічем стійко психічна виснаженість, недостатньо працездатні, не здатні до тривалого інтелектуальному напрузі .

Синдром дратівливої слабкості зазвичай поєднується у цих дітей з підвищеною чутливістю до різних зовнішніх подразників (гучних звуків, яскравого світла, різним дотиків і т. п.) Певна роль в тяжких зазначених порушень належить соціальним факторам, зокрема вихованню за типом гіперопіки.

У результаті може статися недорозвинення [мотиваційної](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97) основи психічної діяльності. У цих випадках більш чітко проявляється астеноадинамічний синдром. Діти з цим синдромом мляві, загальмовані. Вони малоактивні при виконанні будь-яких видів діяльності, з працею починають виконувати завдання, рухатися, говорити. Їх розумові [процеси](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) вкрай уповільнені .

Порушення розумової діяльності проявляються в затриманому формуванні понятійного, абстрактного [мислення](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F). Незважаючи на те, що у багатьох дітей до початку [навчання](http://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) може бути формально достатній словниковий запас, спостерігається затримане формування слова як [поняття](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%BE%D0%BD%D1%8F%D1%82%D1%82%D1%8F), має місце обмежене, часто суто індивідуальне, іноді викривлене [розуміння](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F) значення окремих слів. Це пов’язано, в першу чергу, з обмеженим практичним досвідом дитини. Можна припускати, що узагальнюючі поняття, сформовані поза практичною діяльністю, не сприяють в належній мірі розвитку [інтелекту](http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82), загальної стратегії пізнання.

Особливості мислення у дітей з церебральним паралічем найбільш чітко виявляються при виконанні завдань, що вимагають симультанного характеру інтелектуальних процесів, тобто цілісної інтелектуальної операції, заснованої на взаємодії аналізаторних систем.

У дітей з церебральним паралічем зазвичай відзначаються не тільки малий запас знань і уявлень за рахунок бідності їх практичного досвіду, але й специфічні труднощі переробки інформації, одержуваної в [процесі](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) предметно-практичної діяльності. Ці специфічні особливості мислення часто поєднуються з порушеною динамікою розумових процесів. Найбільш часто спостерігається уповільненість мислення, деяка його інертність. В окремих дітей відзначається недостатня послідовність і цілеспрямованість мислення, іноді зі схильністю до резонерству і побічним асоціаціям. Повільність мислення зазвичай поєднується з вираженістю церебралітичного синдрому.

У всіх випадках спостерігається взаємозв’язок порушень мислення і мовної діяльності.

Станом інтелекту діти з церебральним паралічем складають вкрай різнорідну категорію: одні мають нормальний [інтелект](http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82), у багатьох спостерігається своєрідна [затримка психічного розвитку](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%BA%D0%B0_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83), у деяких має місце [олігофренія](http://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BB%D1%96%D0%B3%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D1%8F).

Для дітей з церебральним паралічем також характерні порушення формування вищих коркових функцій. Найбільш часто відзначаються оптико-просторові порушення. У цьому випадку дітям важко копіювати [геометричні](http://ua-referat.com/%D0%93%D0%B5%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F) [фігури](http://ua-referat.com/%D0%A4%D1%96%D0%B3%D1%83%D1%80%D0%B8), малювати і писати. Недостатність вищих мозкових функцій може виявлятися й у затримці формування просторових і часових уявлень, фонематичного аналізу і синтезу, стереогнозу (впізнавання предметів на дотик). При порушеннях інтелекту особливості розвитку особистості поєднуються з низьким пізнавальним інтересом, недостатньою критичністю. Особливості психічного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у \_услової\_р ним\_і зі специфікою мовних розладів повинні враховуватися при підготовці їх до [навчання](http://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F). Для розвитку мовлення і мислення дітей з церебральним паралічем важливе значення має розширення їх кругозору, збагачення їх життєвого досвіду. Робота з розвитку мовлення проводиться поетапно в тісному взаємозв’язку з розвитком моторики і корекцією рухових порушень.

**РОЗДІЛ 2 .ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНО –ДОСЛІДНИЦЬКА РОБОТА**

**2.1. Методи та методики**

Мета цієї роботи : виявити та науково обґрунтувати соціально-педагогічні умови соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату , розробити та апробувати корекційну методику соціальної інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, спрямовану на зниження декомпенсуючого впливу вторинних відхилень, активізацію компенсаторних пристосувань.

Для реалізації мети дослідження нами були складені і апробовані методики: методика вибору кольорів Люшера- психологічний тест, що належить до проектних методик, винайдений швейцарським психологом Максом Люшером. На думку Люшера, сприйняття кольору об’єктивне та універсальне , але колірні переваги є суб’єктивними і ця відмінність дозволяє об’єктивно виміряти стан особи за допомогою тесту на вибір кольорує

Виходячи із результатів теста Люшера:

* 23 % респондентів серйозно потребують відпочинку і розслаблення, свободи від конфліктів і в можливості прийти в себе. Хочуть захистити себе від руйнівних і спустошуючих впливів. Прагнуть до безпеки і свободи від проблем.
* 17% -відчувають, що конфлікти і сварки вимотали їх і хочуть захистити себе від них. Потребують мирної і спокійної обстановки в якій вони могли б розслабитися і набратися сил.
* 21% - насилу відповідають вимогам, які до них пред’являються. Це коштує їм великих зусиль і хочуть, щоб ситуація стала кращою.
* 29 %- відчувають, що потрапили у неприємну ситуацію і безсилі як-небудь виправити це становище. Розсерджені і дратівливі, тому сумніваються, що можуть досягти своїх цілей і фрустровані майже до стану нервового виснаження. Хочуть виплутатися з цієї ситуації, відчути менше обмежень і знайти свободу приймати рішення самостійно;
* 10% - прагнуть робити гарне враження, проте, турбуються і сумніваються в можливості успіху. Вважають, що мають право отримати те, на що вони плекають надію і відчувають себе безпорадним і страждають, коли обставини обертаються проти них.

**Тест шкільної тривожності Філліпса:**

Загальна тривожність – загальний емоційний стан дитини, пов’язаний з різними формами її включення у життя .

Підвищена тривожність відзначена в 14 % опитаних. Серед дівчаток 7%, серед хлопчиків 7%. Переживають соціальний стрес 7% дітей. Це емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються її соціальні контакти (насамперед, з однолітками). Серед дівчаток цей показник 0, серед хлопчиків -7%.

Фрустрація потреби в досягненні успіху, тобто несприятливе психологічне тло, що не дозволяє дитині розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату і т. д., відзначена в 0%.

Високий страх самовираження відчувають 21 % досліджуваних. Цим дітям властиві негативні емоційні переживання ситуацій, сполучених з необхідністю саморозкриття, пред’явлення себе іншим, демонстрації своїх справжніх можливостей.

Страх не відповідати очікуванням навколишніх відчувають 21% групи. Джерело такого страху в несформованому в дитині вмінні оцінювати свої вчинки з погляду моралі, що лежить в основі почуття відповідальності. Серед дівчаток цей показник становить 7%, серед хлопчиків 14%. Ці діти орієнтовані на значимість інших в оцінці своїх результатів, учинків і думок, а також відчувають тривогу.

Низька фізіологічна опірність стресу – особливості психофізіологічної організації, що знижують пристосовність дитини до ситуацій стресогенного характеру, які підвищують імовірність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний фактор середовища. Ці характеристики властиві 7% дітей.

**Питальник Басса –Дарки:**

Найбільш розповсюдженою виявилася вербальна-активна-пряма і фізична-пасивна-непряма агресія: тільки 4 і 7% респондентів «ніколи так не робили». Популярність першої закономірна, тому що таке поводження в більшому ступені «соціалізоване», відповідає сучасним \_услової\_р ним нормативам. Поширеність другого типу поводження (помста через непокору «агресору») може бути пояснена віковими особливостями опитаних. 81% респондентів ніколи не виявляли фізичної-активної-непрямої агресії [12].

Можна виділити ситуації, в більшому ступені провокуючі агресивне поводження молоді: антипатія до людини (81% опитаних), навмисна вербальна агресія (стільки ж) і навмисна фізична агресія з боку іншої людини (73%). Менш провокаційні ситуації перебування в нетверезому стані і ненавмисній словесній чи образі поштовху. Таким чином, підтверджується точка зору ряду дослідників про те, що люди відповідають агресією, переважно, на навмисну агресію інших осіб, рідко реагуючи в такий спосіб на випадкові ненавмисні дії [7, 140], і про те, що саме по собі вживання алкоголю не є безпосередньою причиною агресії.

Повнолітні частіше використовують непрямі форми агресії. Дівчата більш схильні до вербальних, а юнаки – до фізичних форм.

Антипатія до людини в більшої частини (приблизно 80%) як неповнолітніх, так і повнолітніх викликає агресію. В даній ситуації поведуться агресивно 75% респондентів чоловічої і 87% – жіночої статі. Для перших переважнішою виявляється фізична-пасивна-непряма форма, для других – вербальна-активна-непряма і фізична-пасивна-непряма.

Поганий настрій також провокує агресію приблизно в двох третин опитаних усіх категорій. Неповнолітні і респонденти чоловічої статі частіше вибирали фізичну-пасивну-непряму, а опитані старші і дівчата – вербально-активно-пряму форми агресії.

Перебування в нетверезому стані сприяє проявам агресії тільки в 11-16% молодих людей. Співвідношення типів реакцій у різних вікових груп приблизно рівне. Однак дівчини рідше вибирають прямі форми агресії.

Ненавмисна словесна образа не провокує агресії в більшості (близько 80%) респондентів усіх підгруп. Інші вибирають вербальну-активну-пряму форму (підлітки), фізичну-пасивну-непряму (повнолітні), вербальну-пасивну-пряму (дівчата) [12].

Навмисну словесну образу більшість усіх груп опитаних співвідносить з вербальною-активною-прямою формою агресії («дурень – сам дурень»). І все-таки відповідна агресія частіше виявляється у підлітків і дівчат.

На ненавмисний поштовх більшість (82-87%) респондентів у всіх підгрупах реагує неагресивно. У випадку агресивної реакції підлітки і дівчата частіше вибирають вербальну-активну-пряму форму, а юнаки – ще й фізичну-активну-пряму.

Навмисна фізична агресія з високим ступенем імовірності викликає відповідну агресію. Така реакція спостерігається в 82% підлітків, 66% повнолітніх респондентів, у 69% юнаків і 78% дівчат. Юнаки в основному прибігають до активних і прямих форм фізичної (41%) і вербальної (стільки ж) агресії, дівчата віддають перевагу останній (55%). Ці типи реагування, доповнені фізичною-пасивною-непрямою формою, частіше використовуються підлітками, ніж повнолітніми.

В ситуації створення перешкод «мені чи моїм друзям» агресивно реагує кожен другий опитаний у кожній підгрупі. Основними формами агресії тут виступають вербальна-активна-пряма і фізична-пасивна-непряма.

Перебування в компанії друзів по-різному впливає на ступінь агресивності вікових підгруп. На наявність агресивних реакцій у цьому випадку вказало 11% підлітків у порівнянні з 29% більш дорослих респондентів. Обидві групи частіше вибирають вербальну-активну-непряму форму, але підлітки в більшому ступені схильні до прояву фізичної сили. Статева приналежність не впливає на специфіку реагування.

Специфічна ситуація наказу до агресивного поводження примушує поводитися відповідно 18% підлітків і 12% повнолітніх, 20% юнаків і 29% дівчат. Основний тип агресії – фізичний-пасивний-непрямий.

Отже, результати дослідження виявляють існування деяких стереотипів у виборі тих чи інших поведінкових моделей. Так, у ситуації контакту з людиною, до якої суб’єкт відчуває антипатію, частіше виникає бажання відмовити їй у виконанні якогось прохання. Такий же тип поводження в поєднанні з прямими словесними нападками провокується поганим настроєм чи контактом підлітка (частіше юнака) з людиною, яка чимось їй заважає. На навмисні словесні образи і фізичну агресію більшість молодих людей реагують аналогічним чином, не намагаючись себе стримувати. Перебування в групі однолітків підвищує імовірність поширення пліток і чуток про недоброзичливців (пліткарям завжди була потрібна публіка). Дія всіх цих ситуацій зумовлена визначеними особистісними характеристиками індивіда, зокрема, його статтю і віком. У цілому, результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що ситуативні фактори відіграють істотну роль в актуалізації агресивного поводження дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

За показниками розвитку хворої на ДЦП дитини за різними функціональними сферами визначався рівень соціально-психологічної адаптації дитини до власних проблем і потреб, пов’язаних з інвалідністю.

**РОЗДІЛ ІІІ. СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

**3.1.Зміст та завдання соціально-педагогічної діяльності з окресленою категорією дітей**

Кожна дитини унікальна; дитина з порушеннями опорно-рухового апарату не виняток з цього правила. Способи реабілітації дитини з порушеннями опорно-рухового апарату вимагають індивідуального підходу, врахування всіх особливостей, для отримання найкращого результату. Основна мета виховання – формування повноцінної особистості. Для того, щоб досягти мети потрібно здолати основний соціальний недолік – подолати міжособистісний бар’єр.

Труднощі дітей з особливими потребами пов’язані не лише з відчуттями фізичного обмеження і дискомфорту, переживанням втрати своїх можливостей, але й з “багажем” того негативного ставлення, з яким стикається людина, “з особливостями” у своєму найближчому оточенні. З інвалідністю асоціюється не лише фізична чи психічна неспроможність. Уявлення про дітей з особливими потребами як про людину, яка багато чого не може робити, яка потребує допомоги інших, викликає найчастіше почуття жалю, що заважає дитині з особливими потребами включатися в соціальні взаємовідносини. І щоб уникнути такого ставлення, діти з особливими потребами спілкуються лише з подібними до себе.

Зміст соціально-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату, як правило, включає такі напрями:

* вивчення соціально- психологічного стану дитини;
* соціально – педагогічне дослідження особливостей соціалізації дитини;
* побутова реалізація (навчання елементам самообслуговування та дотриманню найпростіших норм повкдінки в різних мікросоціумах);
* психологічне консультування дітей;
* консультування членів сімей, де виховуються діти з порушеннями порно-рухового апарату, з правових та психолого – педагогічних питань;
* психолого – педагогічна корекційна робота;
* розвиток потенційних творчих можливостей дітей;
* формування особистісних якостей дітей спеціальними засобами психологічного тренінгу;
* організація культурно – дозвіллєвої діяльності дітей спеціальними засобами психологічного тренінгу;
* організація культурно – дозвіллєвої діяльності дітей через проектування та впровадження різноманітних програм та форм роботи соціальнихслужб;
* професійна орієнтація підлітків з вадами здоров’я;
* лобіювання пропозицій на рівні органів місцевої влади і самоврядування щодо поліпшення роботи з підлітками з вадами здоров’я;
* координація діяльності різних соціальних інститутів, що опікуються проблемами дітей з особливими потребами [12, с.54].

Соціально-педагогічна робота з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату має ґрунтуватися на засадах соціально-психологічної та педагогічної допомоги, соціальної адаптації та реабілітації.

Професійне інформування та консультування включає в себе забезпечення дітям з порушеннями опорно-рухового апарату вільного доступу до консультаційної допомоги з боку відповідних спеціалістів у використанні різноманітних джерел інформації (описів професій, відеофільмів, аудіо записів, листівок, буклетів, довідників, переліків рекомендованих інвалідам професій і навчальних закладів, де можна їх отримати, медичних протипоказань до засвоєння певних професій, паспортів підприємств та організацій тощо). Всі ці джерела інформації використовуються для допомоги дітям у виборі або зміні професії відповідно до стану здоров'я, нахилів і здібностей, а також з урахуванням потреб ринку праці.

Ефективність професійної реабілітації та трудова зайнятість дітей з порушеннями опорно-рухового апарату значною мірою залежить від якісної психологічної підтримки, професійної орієнтації і їх професійного навчання.

Психологічна підтримка шляхом здійснення психологічної консультації, психологічної корекції забезпечує досягнення оптимального психоемоційного стану інваліда, його гармонізації, сприяє самореалізації особистості.

Професійна орієнтація через надання послуг з професійної інформації й адаптації сприяє особам з обмеженими можливостями у виборі професії, спеціальності, виду трудової діяльності відповідно до стану здоров'я, обдарувань, здібностей, інтелектуального рівня, інтересів, бажань, з одного боку, та потреб суспільного виробництва в працівниках - з іншого. Оскільки для інвалідів звужені межі професійного вибору, їм більше, ніж здоровим громадянам, потрібні послуги з психологічної підтримки та професійної орієнтації. Адже обґрунтований вибір професії с першим важливим стратегічним кроком, від якого залежить ефективність не лише професійної реабілітації, а й майбутньої трудової діяльності. При адекватному виборі професії, спеціальності така людина зможе реалізувати себе в праці, розвивати власний творчий потенціал, підвищувати професійно-кваліфікаційний рівень.

Узагальнення результатів дослідження сприятливих і несприятливих умов для здійснення соціально-педагогічної роботи в мікрорайоні, а також даних соціальної паспортизації класів вимагає розробки основних орієнтирів соціально-педагогічної діяльності в загальноосвітній школі інклюзивної орієнтації. Кожний освітній заклад інклюзивної орієнтації має створити власні умови для організації соціально-педагогічної роботи.

Діяльність соціального педагога в загальноосвітньому закладі інклюзивної орієнтації пов’язана з усіма членами педагогічного колективу. Першочерговим завданням роботи шкільного соціального педагога є встановлення зв’язків і співпраці з дирекцією школи, спеціалістами соціальної сфери, які допомагають у методичному та практичному здійсненні корекційної та розвиваючої роботи з учнями з особливими потребами. Ефективність навчально-виховної, корекційно-розвиваючої та лікувально-профілактичної діяльності в закладі інклюзивної орієнтації залежить від узгодженості дій педагога як ключової фігури з фахівцями різного профілю (соціального педагога, спеціального педагога, психолога, медичного працівника та ін.), які входять до складу команди фахівців. Робота цієї команди спрямована на: оцінювання стану розвитку кожної дитини; розробку та реалізацію індивідуальних планів роботи з дитиною з особливими потребами; планування додаткових послуг; аналіз та оцінку результатів спільної діяльності; підвищення рівня кваліфікації членів команди [5].

Робота соціального педагога полягає у вихованні, навчанні, розвиткові та соціальному захистові учнів з особливими потребами в загальноосвітньому закладі. Зміст роботи соціального педагога та його функції обумовлені попередньо отриманими даними, які потребують аналізу та соціально-педагогічної інтерпретації. Тому на початковому етапі соціальний педагог вивчає психолого- медико-педагогічні особливості особистості дитини та її соціальне мікросередовище, умови життя. В процесі вивчення (діагностики, дослідження) з’ясовуються інтереси і потреби, труднощі й проблеми, конфліктні ситуації, відхилення в поведінці, проблеми в сім’ї, її соціокультурний і педагогічний портрет. Діагностичний інструментарій соціального педагога складають соціологічні та психологічні методики. 32 Використовуються також специфічні методи соціальної роботи, такі, як метод соціальної біографії сім’ї, особистості, діагностика соціального середовища й ін. Надалі соціальний педагог організовує та проводить консультації з питань прав і обов’язків учнів з особливими потребами та їхніх сімей, пропонує можливі варіанти вирішення проблем учасників навчального процесу, забезпечуючи соціальну допомогу і підтримку. При цьому фахівець використовує всю сукупність наявних правових можливостей і засобів. З’ясовуючи проблеми і труднощі в сфері сім’ї, спілкування й ставлення людей, соціальний педагог диференціює виявлені проблеми та залучає до їх розв’язання спеціалістів різного профілю. Встановлюючи контакт із сім’єю дитини з особливими потребами, спеціаліст заохочує її до участі в спільному вирішенні проблем, допомагає родині використовувати власні ресурси, резервні можливості для подолання труднощів. Соціальний педагог виконує також посередницьку функцію в установленні зв’язків і контактів сім’ї та спеціалістів – психологів, соціальних працівників, дефектологів, лікарів, представників органів влади і громадськості. Для цього він налагоджує зв’язки з різними соціальними інститутами та установами, сприяючи тому, щоб окремі організації, спеціалісти, батьки визнавали право дитини з особливими потребами на повноцінну життєдіяльність, на рівність прав. Тому одним із найважливіших завдань роботи соціального педагога є ознайомлення учнів з особливими потребами та їхніх батьків з їхніми правами в доступній, досить активній, демонстративній формі [16].

Варто зауважити, що рамки соціально-педагогічної роботи не обмежуються освітнім простором закладу та включають у себе різнорівневий соціум: державні заклади, мікрорайон, сім’ю, вулицю. Завданням цієї роботи фахівця є допомога у формуванні в учнів з особливими потребами навичок та умінь саморозвитку, засвоєння норм соціальної поведінки, гармонізації внутрішньоособистісних й загальносуспільних інтересів, формування загальноприйнятого стилю стосунків з оточенням. Важливим аспектом діяльності соціального педагога в загальноосвітньому закладі інклюзивної орієнтації є здійснення ним соціально-педагогічного та соціально-оздоровчого супроводу учнів з особливими потребами: їхня соціальна адаптація серед ровесників, реабілітація, відновлювальне лікування, оздоровлення, організація відпочинку. Соціально-педагогічний супровід учнів з особливими потребами передбачає також індивідуальні заняття з соціальним педагогом. Оздоровленню дітей з особливими потребами сприяє організація фахівцем цікавого та змістовного дозвілля: творчі конкурси, свята, виставки, вечори, дискотеки, організація відпочинку в оздоровчих таборах тощо [7; с. 352-375].

Таким чином, робота соціального педагога повинна сприяти педагогізації навчально-виховного середовища, активізації соціально-культурних та соціально-педагогічних функцій суспільства, сім’ї, шкільних спеціалістів, кожної конкретної особистості з особливими потребами. Організація роботи соціального педагога з учнями з особливими потребами на означених аспектах його діяльності і діяльності спеціалістів освітніх закладів інклюзивної орієнтації є базовою умовою успішної інтеграції цієї категорії учнівської молоді не лише в освітнє середовище, але й у суспільство в цілому. Перспективами подальших розвідок у даному напрямку є здійснення порівняльного аналізу впровадження інклюзивної форми освіти в Україні та за рубежем: дослідження основних проблем та перспектив навчання учнів з особливими потребами в закладах інклюзивної орієнтації.

**ВИСНОВОК**

Аналіз наукової літератури з проблеми соціально-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату, засвідчує зацікавленість до неї з боку представників різних наукових галузей. Однак, недостатня теоретична розробленість і практична соціально-педагогічна робота з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату спонукала до пошуку нового підходу щодо її розв’язання. Вивчення філософських, соціологічних, психологічних, соціально-педагогічних джерел із проблеми дослідження дало змогу розробити модель соціально-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату та їх сім’ями.

У науці та медицині вичерпані ще не всі можливості і ресурси, тому важливо не зупинятися і працювати над проблемами встановлення особистості серед дітей, які борються з хворобою опорно-рухового апарату.

Порівняльно-історичний аналіз досвіду соціально-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату, доводить, що вона характеризується однобічністю.

Визначено, що ефективність соціально-педагогічної роботи з дитиною з порушеннями опорно-рухового апарату, залежатиме від глибокого вивчання психолого-педагогічних та соціальних проблем сім’ї та їх повного врахування, а також за умови допомоги й підтримки таких сімей з боку держави та всіх соціальних інститутів.

Дослідження не вичерпує всіх проблем і завдань соціально-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату. Необхідне подальше розроблення та осучаснення програм соціально-педагогічної роботи з такими дітьми. Перспективними можуть бути також дослідження щодо створення відповідної системи підготовки соціальних педагогів для роботи з дітьми у яких присутні порушення опорно-рухового апарату та розроблення методичного забезпечення їх соціально-педагогічної діяльності. Проте кожен з нас має бути чесним перед собою. На даний момент діти, які мають проблеми з опорно-руховим апаратом знаходяться в великій небезпеці. Вони оточені агресивною поведінкою та байдужістю оточуючих. Важливо знайти правильний підхід до таких дітей. Обов’язок людства-це продуктивний діалог з дитиною, що має проблеми з опорно-руховим апаратом, розуміння внутрішнього світу та розмова мовою любові. Адже ще Мати Тереза говорила: «Любов не може існувати сама по собі, тоді вона не має жодного значення. Любов потрібно застосовувати в дії, а ця дія і є служінням».

**Список використаних джерел**

1. Абрамова Т.Ф., Гончарова Г.А., Гросс Н.А. и др. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. – М.: Советский спорт, 2000.
2. Бастун Н.А. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання: навч. посіб. [для педагогів і шк. психологів] / Н.А.Бастун, Т.В.Сак.– К.: ІЗМН, 1997. – 126 с.
3. Биков В.Ю. Підвищення значущості інформаційно-комунікаційних технологій в освіті України / В.Ю.Биков // Педагогіка і психологія. – 2009. – № 1. – С. 28–33.
4. Бондар В.І. Освіта дітей з особливими потребами: пошуки та перспективи. – [Електронний ресурс]. – [www.surdopedagogika.com](http://www.surdopedagogika.com/)
5. Бондар В.І., Синьов В.М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шлях від інституалізації до інтеграції // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка: серія соціально-педагогічна. Вип. ХІІ / За ред. О.В.Гаврилова, В.І.Співака. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 462 с.
6. Вісковата Т.П. Проблема генезису, діагностики та психолого-педагогічної корекції затримки психічного розвитку у дітей (на прикладі несприятливого впливу природних та антропопогенних чинників): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / Т. П. Вісковата. – К., 1997. – 31 с.
7. .Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: Навчальний посібник. – Кам’янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 308 с.
8. Григор’єв А.Й. Діти з особливими потребами. Монографія. – К.: Народне слово, 2006.
9. Григор’єв А.Й., Балан М.М., Рацул А.Б. Мала енциклопедія фізичної реабілітації. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2007.
10. Державний стандарт спеціальної освіти дітей з особливими потребами / Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. – К., 2003. – 12 с.
11. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка / за ред. В.І.Бондаря, В.В.Засенка. – К.: Інститут дефектології АПН України, 2004. – 150 с.
12. Елен Р. Даніелс і Кей Стаффорд. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів. – Львів: Т-во **"**Надія**"**, 2000. – С. 37–51.
13. Елен Р. Даніелс і Кей Стаффорд. Створення інклюзивних класів (програми особистісно зорієнтованої освіти дітей від 0 до 10 років "Крок за кроком") // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Ред.кол. Н.Софій, І.Єрмаков та ін. – К.: Контекст, 2000. – С.308-318.
14. Закон України „Про освіту”, - К., Гравіс, 1996.
15. Інклюзивна освіта: вибір батьків / за ред. А. А. Колупаєвої. – К: «Інклюзивна освіта», 2010. – 70 с.
16. **Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: Науково-методичний збірник до Всеукраїнської науково-практичної конференції в рамках реалізації проекту "Створення ресурсних центрів для батьків дітей з особливими освітніми потребами" за підтримки програми ІВРР – TACIS Європейської комісії / ВФ "Крок за кроком". – К.: ФО-П Придатченко П.М., 2007. – 180 с.**
17. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / за ред. Л.І.Даниленко. – К.: ФО-П Парашин І.С., 2010. – 128 с.
18. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005.
19. Качесов В.А. Основы интенсивной самореабилитации. – М.: БДЦ-ПРЕСС, 2007.
20. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К.: «Самміт-Книга», 2009. – 272 с.
21. Колупаєва А.А. Інклюзія як напрям освітнього реформування. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип.10. / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Масенка. – К.:, 2008. – С. 121 – 127.
22. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: [монографія] / А.А.Колупаєва. – К.: Пед. думка, 2007. – 458 с.
23. Концепція загальної середньої освіти (12-річна школа) // Початкова школа. - 2002. - №2. – С.3-5.
24. Матвєєва М., Миронова С., Гречко Л. Психокорекційна робота з молодшими школярами, які мають вади психофізичного розвитку, в умовах інтегрованого навчання // Дефектолог. – 2008. – №4. – С. 17-20.
25. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.
26. **Методичне забезпечення діяльності педагогічних працівників дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів щодо роботи з дітьми, які мають особливості психофізичного розвитку: Науково-методичний посібник / Укладачі: О.В. Чубарук, Л.А.Пєтушкова, О.В. Татаринцев / За ред. Н.І. Клокар, О.В. Чубарук. – Біла Церква: КОІПОПК, 2006. – 124 с.**