# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## **1.1. Визначення, категорії, психологічні характеристики осіб з інвалідністю в українському суспільстві**

Інвалідність – це багатогранна проблема, яка пов’язана безпосередньо з рівнем економічного, соціального та політичного розвитку суспільства, його мораллю, культурою, релігією, освітою. Сьогодні інвалідність стала однією із глобальних проблем, яка стосується інтересів майже усіх сфер діяльності. Люди з інвалідністю часто стикаються із проблемами відчуження, дискримінації, ізоляції. Значна кількість осіб з інвалідністю зіштовхуються з бідністю, змушені жити в спеціальних установах, не мають можливостей до здобуття освіти та нормального працевлаштування [27, с. 54].

Визначення поняття «інвалідність» та усвідомлення осмислення його змісту має важливе значення, особливо під час визначення цілей та розроблення планів та програм стосовно соціальної політики осіб з інвалідністю. Існує досить багато визначень поняття «інвалідність» в залежності від того, з якої точки зору до нього підходити. Розглянемо їх детальніше.

*З точки зору* *медицини*, поняття «інвалідність» прирівнюється до вади або хвороби, які безпосередньо пов’язані зі станом здоров’я особи та вказують на те, що у неї «негаразд» зі здоров’ям. *Філантропічне визначення* поняття «інвалідність» історично є старшим за «медичне» визначення та розглядає його як «людську трагедію», а особа з інвалідністю є об’єктом доброчинності та співчуття. *З точки зору соціології* «інвалідність» відображає форму «відмінності» людини від соціальних норм, яка не відповідає рівним можливостям з іншими щодо участі у житті суспільства. Таке розуміння «інвалідності» дозволяє її застосовувати не тільки до окремої особи, але й до сфери соціальних відносин за можливістю виконувати різні соціальні норми (дискримінація, нездатність, знецінення).

*Економічне визначення* «інвалідності» розглядає її за кількістю соціальних витрат, оскільки особи з інвалідністю є причиною підвищення витрат через необхідність забезпечення їх потреб у лікуванні, реабілітації, матеріальній допомозі та через їх обмежену трудову продуктивність (добір робочих операцій, менше навантаження) порівняно з іншими людьми. *Соціально-політичне визначення* «інвалідність» потрібно розглядати у сукупності соціального та фізичного світу, який деколи стає причиною обмежень осіб з інвалідністю. Інвалідність у такому випадку є наслідком середовища, яке не відповідає можливостям людини [27, с. 54].

Отже, перші чотири визначення інвалідності є досить схожими між собою, оскільки вони визначають проблему інвалідності в межах особи, як її власну. Вони мають серйозне негативне значення за наступних причин:

* негативна оцінка через знецінення людини з інвалідністю та її можливостей;
* розрізнення та відсторонення (ізоляція й дискримінація);
* зайвий клопіт;
* орієнтація на медичний аспект при визначенні проблем та потреб осіб з інвалідністю [5, с. 95].

Щодо п’ятого визначення (соціально-політичного), то воно кардинально змінює уявлення про інвалідність та його інтерпретацію. Основна його відмінність від інших визначень полягає у виведенні інвалідності з індивідуальної сфери та її перенесенні у соціальну сферу.

Після прийняття у 2006 р. Конвенції ООН про права інвалідів було встановлено єдиний підхід до трактування дефініції інвалідності: «...результат взаємодії, яка відбувається між людьми з інвалідністю та перешкодами у стосунках і середовищі. Інвалідність – це поняття, яке еволюціонує...» [32]. Отже, підхід до визначення «інвалідності», визначений у цій Конвенції, акцентує увагу на існуванні великого впливу бар’єрів в оточенні і ставленні, які панують у суспільстві по відношенню до осіб з інвалідністю.

У ст. 3 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», вказується, що інвалідність «як міра втрати здоров’я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров’я» [66].

Cт. 1 [Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2961-15) інвалідність визначається як «міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист» [68].

Крім того, цією ж статтею Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» дається визначення наступних понять:

* особа з інвалідністю – «…повнолітня особа зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність» [68];
* дитина з інвалідністю – «особа до досягнення нею повноліття (віком до 18 років) зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність» [68].

Крім того, законодавче трактування поняття дитини з інвалідністю наводиться і у ст. 1 Закону України «Про охорону дитинства», в якій наголошується, що це «дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту» [67].

В Україні відповідно до законодавства розрізняють 5 категорій осіб з інвалідністю в залежності від наступних порушень:

1. фізичні недоліки, зокрема порушення опорно-рухового апарату;
2. порушення інтелекту та психічні захворювання;
3. порушення функцій слуху;
4. порушення функцій зору;
5. порушення роботи внутрішніх органів, тобто особи з інвалідністю за «загальними» захворюваннями, такими як онкозахворювання, бронхіальна астма, цукровий діабет.

В Україні сьогодні поняття про осіб з інвалідністю асоціюється виключно з людиною, у якої є офіційне медичне підтвердження статусу інваліда певної групи [54, с. 251]. Під групою інвалідності розуміють ступінь стійкого розладу функцій організму, обумовленого певним захворюванням, травмою (її наслідками) чи вродженими вадами, і можливого обмеження життєдіяльності людини при взаємодії із зовнішнім середовищем в результаті втрати здоров'я. Залежно від ступеня втрати здоров'я у дорослих може бути встановлено одну з трьох груп інвалідності (рис. 1.1.).

I група

II група

III група

особа, яка повністю втратила працездатність і вимагає постійної опіки

особа, здатна до самообслуговування, але не здатна до праці в звичайних виробничих умовах

встановлюється тим, хто здатен працювати в полегшених умовах

**Рис. 1.1. Групи інвалідності**

Джерело: складено автором на основі [48]

I групуінвалідностімають «особи із найважчим станом здоров'я, які постійно потребують стороннього нагляду (догляду, допомоги), оскільки повністю не здатні до самообслуговування, і внаслідок цього у виконанні життєво важливих соціальних та побутових функцій вони є абсолютно залежними від сторонніх осіб». I група інвалідності встановлюється на підставі «існування стійких, значно виражених функціональних порушень, які призводять до суттєвого обмеження життєдіяльності особи, її неспроможності до самообслуговування та призводять до існування потреби у постійному нагляді, догляді чи допомозі інших осіб» [48].

[Основні критерії для встановлення I групи інвалідності, які спричиняють обмеження життєдіяльності особи, зокрема нездатність до:](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF/page#n153)

* самообслуговування;
* пересування;
* дезорієнтація;
* спілкування;
* контролю власної поведінки;
* істотні обмеження здатності до навчання;
* здійснення окремих видів трудової діяльності [48].

Підставою для встановлення II групи інвалідності є «стійкі, значно виражені функціональні порушення в організмі людини, обумовлені захворюванням, травмою чи вродженою вадою, які спричиняють значне обмеження її життєдіяльності, при збереженій здатності до самообслуговування і не вимагають постійного стороннього нагляду, догляду чи допомоги». II групу інвалідності також встановлюють в осіб, у яких є дві чи більше хвороб, які призводять до інвалідності, травми чи вроджені вади і їхні комбінації, що в сукупності спричиняє значне обмеження життєдіяльності та працездатності.

[Основними критеріями для встановлення IІ групи інвалідності, які спричиняють обмеження життєдіяльності особи, є обмеження щодо:](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF/page#n153)

* самообслуговування («можливість самообслуговування за допомогою допоміжних засобів чи інших осіб»);
* здатності до самостійного пересування («можливість самостійного пересування із застосуванням допоміжних засобів чи допомогою інших осіб»);
* здатності до навчання («нездатність до навчання чи здатність до навчання лише у спеціальних освітніх закладах чи вдома за спеціальними програмами»);
* здатності до трудової діяльності («нездатність до здійснення окремих видів трудової діяльності або здатність до праці у спеціально створених умовах із використанням допоміжних засобів (спеціально обладнаного робочого місця) чи за допомогою інших осіб»);
* здатності до орієнтації («здатність орієнтуватися в часі та просторі за допомогою інших осіб»);
* здатності до спілкування («можливість спілкування із застосуванням допоміжних засобів чи за допомогою інших осіб»);
* здатності контролювати свою поведінку (здатність частково або повністю контролювати власну поведінку лише за допомогою сторонніх осіб) [48].

Особи з інвалідністю II групи можуть «навчатися і займатися різними видами трудової діяльності, при умові створення належних умов праці із використанням засобі компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, проведення реабілітаційних заходів» (О. Гридковець, Л. Кондратенко, Н. Пророк, О. Чекстере, Л. Царенко та ін.).

Щодо III групи інвалідності, то підставою для її встановлення  є «стійкі функціональні порушення в організмі людини помірної важкості, які обумовлені хворобою, наслідками травм чи вродженими вадами, які призвели до виникнення помірно вираженого обмеження життєдіяльності людини, в тому числі і працездатності, і які потребують соціальної допомоги та соціального захисту» [27, с. 54].

Критеріями для призначення людині  III групи інвалідності є наступні обмеження:

* самообслуговування («людина здатна до самообслуговування із використанням допоміжних засобів»);
* здатності самостійно пересуватися («здатність до самостійного пересування що вимагає більшого витрачання часу, часткове пересування»);
* здатності до навчання («можливість навчання в освітніх закладах загального типу при умові дотримання спеціального режиму чи із використанням допоміжних засобів та допомогою інших осіб»);
* здатності до трудової діяльності («часткова втрата здатності до повноцінної трудової діяльності»);
* здатності до орієнтації («можливість орієнтації в часі та просторі при умові застосування допоміжних засобів»);
* здатності до спілкування («можливості до спілкування характеризується зниженням швидкості та зменшенням обсягу отримання, засвоєння, передавання інформації»);
* здатності контролювати свою поведінку («можливість частково контролювати свою поведінку в особливих умовах») [48].

Щодо дітей, то діти з інвалідністю практично усі потребують опіки і постійного нагляду, тому таким дітям встановлюється тільки одна група інвалідності, проте за двома категоріями (А та Б) в залежності від ступеня втрати ними здоров'я.

Ступінь обмеження основних категорій життєдіяльності дитини встановлюється на основі результаті оцінювання її відхилення від норми, яке відповідає її віковому періоду. Насамперед, оцінюється «здатність дитини до самообслуговування, орієнтації, навчання, спілкування, самостій-ного пересування, контролю своєї поведінки» [21, с. 90].

Категорію А встановлюють дітям з «високою мірою втрати здоров’я і повною (надзвичайною) залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги чи диспансерного нагляду інших осіб та фактичної нездатності до самообслуговування». Категорію Б встановлюють дітям з «помірною і середньою мірою втрати здоров’я, залежності від стороннього догляду, допомоги чи диспансерного нагляду та здатності до самообслуговування».

Основними видами порушень функцій організму дитини є порушення, які обумовлені різними захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами (рис. 1.2.).

порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам’яті, мислення, інтелекту, емоцій, волі, свідомості, поведінки, психомоторних функцій)

порушення мови і мовних функцій (усної та письмової, вербальної і невербальної мови, порушення голосоутворення та інше)

порушення сенсорних функцій (зору, слуху, нюху, дотику, тактильної, больової, температурної та інших видів чутливості)

порушення статодинамічної функції (рухових функцій голови, тулуба, кінцівок, статики, координації рухів)

порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, виділення, кровотворення, обміну речовин і енергії, внутрішньої секреції, імунітету

порушення, зумовлені фізичним каліцтвом (деформація обличчя, голови, тулуба, кінцівок, що призводить до зовнішньої потворності, аномальні отвори шлунково-кишкового, сечовидільного, дихального трактів, порушення розмірів тіла)

**Рис. 1.2. Види порушень дітей з інвалідністю**

Джерело: складено автором на основі [37]

Водночас інвалідність буває як вродженою, набутою у ранньому віці, так і набутою у більш свідомому чи дорослому віці, наприклад після травми, на виробництві, потрапляння у катастрофічні умови, поранень на війні, нещасного випадку, тяжкого захворювання (онкозахворювання, інсульт головного мозку чи інші), внаслідок яких людина стає нездатною чи обмежено здатною до самообслуговування, здійснення основних видів життєдіяльності без сторонньої допомоги.

Переживання людиною стану своєї інвалідності накладає особливий відбиток на її особистість та спричиняє поступову зміну розумових процесів, емоційно-вольової сфери, серйозну переоцінку життєвих установок, соціальних цінностей, і часто стає джерелом для формування дезадаптивної поведінки (А. Колупаєва, О. Таранченко).

І якщо у дітей з інвалідністю часто спостерігаються порушення рухової сфери, інтелектуальних здібностей, мовленнєвих навичок, і вони часто не розуміють своїх особливостей, мало усвідомлюють свою «інакшість», відмінність від інших дітей, то у дорослих, в яких інвалідність настала через поранення на війні, тяжкого захворювання, потрапляння в складні травматичні умови чи ін.

Науковці О. Гридковець, Л. Кондратенко, Н. Пророк, О. Чекстере, Л. Царенко та ін., приділяючи увагу питанням реабілітації осіб після подолання кризи, травматичних подій, звертають увагу на важливий фактор впливу на успішність відновлення людини після перенесеної травми, особливо у разі набуття інвалідності [53].

За їх ствердженням, у випадку набутої інвалідності у дорослому віці особа виявляє соціально-психологічні та поведінкові симптоми, що подібні до їх вияву в хворих людей, які мають виразні зміни внутрішнього світу, порушень емоційно-вольової сфери, що пов'язані з процесом переживання та подолання «хвороби». Це дозволяє розглядати психологію осіб з набутою інвалідністю як людей із специфічним виявом «внутрішньої картини хвороби». Опираючись на погляди Н. Терлецької, бачимо, що внутрішня картина хвороби – це все те, що відчуває та переживає хвора людина, її загальне самопочуття, усі її відчуття, самоспостереження, поняття про хворобу та її причини. Ставлення людини до хвороби визначається специфікою захворювання, віком хворого, особливостями його особистості та нервової системи, індивідуальних потреб, факторами соціального середовища, які формують свідомість та поведінку людини. При цьому зауважимо, що у випадку осіб з інвалідністю, що є вродженою чи набутою у ранньому віці, діти мало уявляють особливості свого стану та часто не розуміють відмінностей від однолітків з типовим розвитком. Особливо при виразних порушеннях інтелектуального розвитку, коли дитина з інвалідністю виховується у спеціальному закладі та ходить до групи, де інші дітьми мають порушення в розвитку. Однак, як вказують А. Колупаєва та О. Таранченко, за умови достатньо сформованого інтелекту дитина з інвалідністю може усвідомлювати власну відмінність від інших, розуміти, що інші діти володіють розвиненими сенсорними відчуттями завдяки кращому розвитку їх організму тощо [29]. Тоді діти з інвалідністю починають виявляти власне ставлення до свого захворювання по-різному – не сприймаючи його надто серйозно, вірячи батькам, які адекватно ставляться до дитини, або ж соромлячись своїх вад, виявляючи негативні емоційні реакції і переживання у зв’язку з наявністю порушень тощо (Н. Компанець [17], Н. Ярмола [30] та ін.).

При цьому, як вказує О. Черезова, хвороба, внаслідок якої настала інвалідність, сприймається людиною як надзвичайна кризова ситуація, що руйнує попередній стиль життя, знижує якість і продуктивність життєдіяльності [88]. Відповідно до цього внутрішня картина хвороби включає декілька рівнів її відображення в психіці людини:

* чуттєвий рівень, наприклад, відчуття болю, патологічні відчуття;
* емоційний рівень, який пов'язаний з різноманітними реакціями на окремі симптоми захворювання, хворобу загалом та її наслідки;
* інтелектуальний (когнітивний) рівень, що пов'язаний зі знанням хворої людини про своєю хворобу, роздумами про її причини та можливі наслідки;
* мотиваційний рівень, який пов'язаний із відношенням хворої людини до своєї хвороби, зміною поведінки та способу життя через хворобу та актуалізацією діяльності по відновленню здоров'я [88, с. 63].

Інвалідність сприймається людиною як перешкода на шляху досягнення нею більш важливих життєвих цілей, чим турбота про власне здоров'я, яка наразі є не основним мотивом, а лише засобом для продовження звичної діяльності – навчання, роботи, сімейного життя. У поведінці особи з інвалідністю проявляють цинізм, постійний критицизм та чуттєву холодність у стосунках з оточуючими людьми. Доволі часто це пов'язано із сенситивністю, зростанням егоїстичної фіксації на собі, болючим сприйняттям відношення оточуючих до себе. Спостерігається різноманітні типи «занурення» (в гіперактивність, в хворобу), що по суті, є спробами заміщення одних цілей іншими. Подібні види реагування на свою хворобу спостерігаються і в осіб з хронічними захворюваннями, що викликають зниження їх якості життя (Н. Терлецька [82]).

Крім того, особи з інвалідністю, яка набута у свідомому періоді життя, гостро реагують на свою залежність від інших членів своєї сім’ї, соромляться і дратуються від того, що інші опікуються ними, іноді аж занадто, не дозволяючи виконувати людям з інвалідністю простих побутових справ.

Особливо складною є ситуація гіперопіки з боку сім’ї, в якій виховується дитина з інвалідністю чи проживає дорослий з інвалідністю. Іноді члени сім’ї, бажаючи допомогти чи виконуючи замість особи з інвалідністю певні дії, не лише занадто опікають її, а й навіть гальмують її сенсорний чи фізичний розвиток, обмежують можливості для самостійного набуття навичок і вмінь (О. Перекопайко [56]).

Часто інвалідність формує у людини стан «вивченої безпорадності» та почуття низької самоефективності. Вивчена безпорадність – це поняття, яке в загальному зводиться до того, що особа з інвалідністю в умовах гіперопіки досить часто стикається із обмеженнями власного контролю в різноманітних життєвих ситуаціях, в результаті чого перестає намагатися впливати будь-яким чином на результати своїх зусиль не лише в цій конкретній ситуації, але й у всіх нових ситуаціях, в яких вона може обійтися без сторонньої допомоги. У осіб з інвалідністю, які стикаються з гіперопікою, як правило формуються різні види особистісного дефіциту (емоційний, когнітивний, мотиваційний) (О. Перекопайко [56]).

Ці особливості соціально-психологічної ситуації, в якій опиняється особа з інвалідністю, змінюють увесь стиль її життя: плани на майбутнє, життєві установки, її ставлення до важливих обставин та до самої себе. Усі такі зміни стають предметом психічної активності особи з інвалідністю й знаходять своє відображення в особливому новоутворенні, яке формується в умовах інвалідності – специфічній «внутрішній картині хвороби». За характером внутрішньої картини хвороби особи з інвалідністю можна прогнозувати можливість появи у неї різних психічних відхилень та аномальних змін особистості загалом. За динамікою внутрішньої картини хвороби особи з інвалідністю можна бачити поступову зміну її життєвої позиції, її переорієнтацію на збереження здоров'я, задіювання компенсаторних механізмів функціонування організму для адаптації у світі та пристосуванні до нових умов життя [5, с. 101].

Крім того, психологічні особливості осіб з інвалідністю пов’язані з труднощами їх прийняття з боку суспільства, не готовністю інших людей взаємодіяти з цими особами, підтримати їх чи надати хоча б мінімальну, дружню допомогу, виявити емпатію до них, сказати добре слово. Як вказує Т. Горбащенко, стигматизовані особи з інвалідністю, тобто ті, які зіткнулися з негативним ставленням зі сторони суспільства, виключаються із соціального простору здорових людей (маргіналізуються). Внаслідок стигматизації у осіб з інвалідністю часто розвивається почуття неповноцінності, яке негативно впливає на увесь подальший її життєвий шлях [14, с. 30]. Іноді інвалідність, як зовнішній прояв соматичного розладу, може стати причиною особистісних та невротичних розладів.

Таким чином, інвалідність як міра втрати здоров’я, пов’язується із стійким розладом функцій організму, що спричинені вродженими порушеннями розумового чи фізичного розвитку, тяжкими захворюваннями, різними травмами, що викликають обмеження нормальної життєдіяльності, здатності до самообслуговування, зумовлюють потребу отримання соціальної допомоги і захисту. Виділяється 5 категорій осіб з інвалідністю залежно до порушень функціонування різних систем організму. Крім того, залежно від ступеня втрати здоров'я у дорослих може встановлюватися одна з трьох груп інвалідності. А в дітей встановлюється тільки одна група інвалідності, проте за двома категоріями (А та Б) в залежності від ступеня втрати ними здоров'я.

Усвідомлення і переживання факту власної інвалідності накладає особливий відбиток на особистість людини, і спричиняє поступову зміну її емоційно-вольової сфери та розумових процесів, серйозну переоцінку соціальних цінностей, власних життєвих установок, що може стати джерелом формування дезадаптивної поведінки.

## **1.2. Особливості здійснення психологічного супроводу як одного з напрямів комплексної допомоги особам з інвалідністю**

Інвалідність – це соціальне явище, уникнути якого не може жодна країна чи суспільство. Особи з інвалідністю зіштовхуються з різними викликами, які обумовлені об'єктивними бар'єрами та суб'єктивними переживаннями. Внаслідок цього особи з інвалідністю часто можуть відчувати ізоляцію, стикатися із упередженнями, відчувати внутрішній конфлікт між власним фізичним станом та бажанням проживати повноцінне життя. Все це утворює особливі умови для роботи психологів, які мають надавати психологічну підтримку особам з інвалідністю із врахуванням їх індивідуальних потреб і специфічних викликів. Адже в спільній діяльності в площині опрацювання рольових відносин у найбільшому ступені реалізується «ситуація разом» особи з інвалідністю і психологом, який здійснює психологічний супровід, виникає нова форма ідентифікації – психолог ставлячи себе на місце особи з інвалідністю, має можливість налагодити з нею тісний емоційний зв’язок.

Психологічний супровід осіб з інвалідністю – це надзвичайно важливий компонент в забезпеченні їх психологічного, соціального та емоційного благополуччя [10, с. 87]. Адже інвалідність впливає не лише на фізичний стан людини, але й на її самооцінку, емоції, можливості соціальної адаптації і взаємодії з навколишнім світом. Тому надання адекватної психологічної підтримки є необхідним складовим компонентом комплексного підходу до інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство.

Психологічний супровід – це багатовимірний процес, який зосереджується на позитивних сторонах та перевагах особистості, він сприяє встановленню у людини віри в себе і свої можливості, підвищенню резистентності особистості до різних дестабілізуючих факторів. Це спосіб діяльності, який призначений для сприяння людині і суспільству у вирішенні найширшого кола проблем, які породжуються життям особи у соціумі [50, с. 77].

Психологічний супровід осіб з інвалідністю розпочинається з оцінювання їх психоемоційного стану, який може варіюватися в залежності від ступеня інвалідності, віку, соціального контексту. Наприклад, у дитини з інвалідністю можуть виникнути труднощі із самоідентифікацією й взаємодією з однолітками, тоді як у дорослої особи з інвалідністю можуть виникати такі проблеми, як страх перед майбутнім чи відчуття неповноцінності. Для допомоги особам з інвалідністю у психологів є можливість використовувати різноманітні підходи, наприклад підтримку через групові або індивідуальні консультації, когнітивно-поведінкову терапію, методи арт-терапії, використовуючи техніки адаптації і правління стресом.

Психологічний супровід передбачає оволодіння особами з інвалідністю новими навичками їх взаємодії з навколишнім світом, надання їм професійної психологічної підтримки, яка актуалізує особистісний потенціал і попереджає їх відчуження від соціального оточення, оскільки, психологічний супровід – це процес спільного «руху крізь життя», заснований на підтримувальних відносинах у складній життєвій ситуації. Тобто психологічний супровід є простором діяльності і спілкування, де спілкування є видом діяльності, взаємодією, методом реалізації суспільних відносин, полем розвитку потенціалу взаєморозуміння та взаємовпливів, стороною колективної діяльності. Спілкування у процесі психологічного супроводу – це один з найважливіших чинників психічного і соціального розвитку особи з інвалідністю [49, с. 62]. Саме завдяки спілкуванню відбувається усвідомлення особами з інвалідністю власної ролі і місця у міжособистісних відносинах, розуміння змін у психічних станах, поведінці, особистісних смислах, і відповідно потреб, мотивів, цінностей.

Завдання психологічного супроводу полягає у забезпеченні оптимальної адаптованості особи з інвалідністю в навколишньому середовищі і створення толерантних відносин, які є особливим видом відносин, оскільки вони включають готовність суб’єкта відчути переживання партнера, сприймаючи його індивідуальні особливості і відмінності.

Індивідуальний психологічний супровід особи з інвалідністю – це цілісний процес соціальної й психологічної підтримки, який передбачає єдність діагностики, консультативних і корекційних заходів відповідно до особистісної ситуації розвитку такої особи. Психолог у цьому процесі виступає в якості посередника між особою з інвалідністю і соціумом, який має забезпечити екологічність її розвитку, активізацію її сильних сторін і гармонізувати внутрішній світ і її міжособистісні відносини.

Оскільки саме у міжособистісних відносинах особа з інвалідністю може зустрітися з негативними емоційними реакціями інших людей щодо інвалідності: презирством, насмішками, що може призвести до формування у неї емоційного бар’єру на шляху до зближення і налагодження соціальних контактів і сформувати бажання до ізоляції. В результаті підвищується вірогідність посилення емоційного напруження у особи з інвалідністю, що може спричинити появу невротичних симптомів і психопатичних форм поведінки. Основне завдання психолога, який здійснює психологічний супровід особи з інвалідністю, є забезпечення позитивних змін її особистості, які стануть можливими за рахунок формуванню толерантного середовища [77, с. 78].

Щодо психологічного супроводу дітей з інвалідністю, то основними його видами є:

* сприяння у становленні дитини з інвалідністю як особистості, розвиток її емоційної, пізнавальної, поведінкової та вольової сфер (допомога у засвоєнні нею цінностей, настановлень, норм, зразків поведінки певного соціального оточення);
* допомога в адаптації дитини з інвалідністю до умов життєдіяльності;
* сприяння у налагодженні міжособистісних контактів дитини з інвалідністю з однолітками через розуміння емоційних станів і переживань оточуючих;
* формування у дитини з інвалідністю навичок співпраці, спілкування, подолання комунікаційних бар’єрів, вирішенні конфліктних ситуацій у зв’язках «дитина з інвалідністю – однолітки» і «дитина з інвалідністю – педагог», допомога у формуванні емоційно комфортного і розвивального середовища спілкування й взаємодії;
* підвищення рівня вмотивованості дитини з інвалідністю до активності і саморозвитку;
* розвиток творчого потенціалу особистості дитини з інвалідністю;
* вміння виявляти потреби, інтереси, труднощі дитини з інвалідністю в різних видах діяльності і надання їй допомоги у подоланні цих труднощів;
* реалізація інтересів, потреб, бажань дитини з інвалідністю;
* розвиток індивідуальності дитини з інвалідністю, допомога їй у самоствердженні в соціумі [69, с. 95].

Основними умовами ефективності психологічного супроводу осіб з інвалідністю є:

* системність та цілеспрямованість психологічної підтримки;
* полісуб’єктність і особистісне орієнтування на формування ситуації розвитку особистості;
* направленість психологічної підтримки на персоналізацію осіб, які надають психологічну допомогу.

Психологічний супровід особи з інвалідністю направлений на з’ясування її психологічних особливостей, зміцнення і збереження психологічного здоров’я, надання їй необхідної допомоги з адаптації в соціальне середовище, сприяння їх особистісному розвитку. Психологічні особливості осіб з інвалідністю обумовлюють ряд важливих моментів, які має знати психолог і враховувати їх при здійсненні психологічного супроводу таких осіб. В процесі надання психологічної допомоги психолог обов’язково повинен враховувати, що в дорослої людини з розвитком самосвідомості формується психічна стійкість до зовнішніх впливів. Більше значення надається процесам саморозвитку, саморегуляції, формується відносна автономія особистості.

Зважаючи на це, корекційний вплив має не переробляти чи змінювати людину з інвалідністю, а допомагати їй стабілізувати зрушену психічну рівновагу, опираючись на її сильні, позитивні ресурси. В ході надання психологічної допомоги особі з інвалідністю необхідно встановити тісний емоційний психологічний контакт і взаєморозуміння, які засновані не на почутті жалю, а на відкритості і щирості, прийнятті суб’єктивного світу особистості. Психологічний супровід осіб з інвалідністю починається на етапі інвалідизації та може здійснюватися впродовж усього життя. Психологічний супровід тісно пов’язаний із соціальним супроводом та направлений на підвищення якості життя осіб з інвалідністю за рахунок вирішення їх психологічних проблем та набуття ними навичок, які покращують адаптацію до умов навколишнього середовища. Психологічний супровід має комплексний характер та охоплює усі сфери життєдіяльності осіб з інвалідністю [89, с. 218]:

* психологічну діагностику осіб з інвалідністю задля виявлення та вирішення проблем, які виникають у процесі їхньої інтеграції в навколишнє соціальне середовище;
* створення на основі отриманих в ході діагностики даних індивідуальних карт осіб з інвалідністю і розроблення психологічної компоненти індивідуальних програм їх реабілітації;
* надання психологічних консультацій особам з інвалідністю для вирішення психологічних проблем;
* проведення групової роботи (психотерапевтичних тренінгів та семінарів), які б сприяли вирішенню особами з інвалідністю психологічних проблем і набуттю ними необхідних навичок для ефективної адаптації до умов навколишнього середовища;
* виявлення конфліктних ситуацій, що виникають у осіб з інвалідністю і сприяння їхньому вирішенню;
* сприяння у подоланні особами з інвалідністю негативного впливу хвороби на процес їх соціалізації.

Для того, щоб психологічний супровід осіб з інвалідністю був більш ефективним, психологу слід враховувати особливості їх психологічного стану, зокрема: емоційної сфери; когнітивної сфери; поведінкової сфери.

Емоційна сфера відіграє важливу роль у засвоєнні особою з інвалідністю навичок, налагодженні соціальних контактів. Емоційній сфері осіб з інвалідністю властиві наступні особливості [53, с. 121]:

* емоційна лабільність та сенситивність із елементами депресивності й тривоги, які досить часто набувають латентного характеру із тяжінням до хроніфікації;
* переживання невдоволення, внутрішнього конфлікту між прагненням до самостійності та соціальною залежністю;
* ностальгія за друзями, переживання самотності, обмеження чуттєвого кола сприйняття оточуючого світу та наростання внаслідок цього підозріливості та маніякальної налаштованості.

Когнітивній сфері особи з інвалідністю теж характерна своя специфіка:

* монологізація мислення;
* ригідність суджень;
* схильність до надцінних утворень, яка інколи переходить у нереалістичну налаштованість;
* зміщення хронотипів хворобливих переживань, таких як хвороба, страждання, правові утиски, цькування, смерть у минуле й тривожно-очікувальна їхня спрямованість у майбутнє;
* переживання «культурного конфлікту» між раніше засвоєними цінностями та теперішнім способом життя.

Безпосередньо на поведінкову сферу особи з інвалідністю впливають ті умови, в яких вона знаходиться. В залежності від обставин порушення поведінки осіб з інвалідністю можуть по-різному виявлятися, зокрема:

* переживання власної безпорадності;
* готовність до конфліктів;
* якісна зміна міжособистісних контактів;
* можливе виникнення суїцидальних тенденцій в поведінці, котрі можуть мати прихований характер та виглядати на перший погляд як «нещасні випадки»;
* стан алкогольного запою, який трапляються при відсутності в анамнезі клінічних ознак алкоголізму;
* обережність у встановленні нових соціальних зв’язків;
* побутовий алкоголізм, який у більшій мірі має «захисний», ніж хворобливий характер [14, с. 30].

Фахівці, допомагаючи особам з інвалідністю, повинні вирішувати ключові соціальні проблеми, такі як підвищення соціального статусу, покращення матеріального становища, досягнення професійної затребуваності. Психологи повинні зважати на особистісні психологічні труднощі цих осіб. Адже особи з інвалідністю участь у суспільному житті, досить часто розглядають як ключ до вирішення їх спільного завдання – отримати повний рівень залученості в суспільне життя, яке при цьому повинне визнавати їхні особливі потреби та права.

Однією з головних проблем, з якими зіштовхуються особи з інвалідністю, є низьке самоприйняття і самооцінка. Найчастіше інвалідність сприймається такими особами як обмеження чи як тягар, який може впливати на самосприйняття особистості. Багато осіб з інвалідністю інтуїтивно відчувають, що вони не відповідають усталеним соціальним нормам, а це в свою чергу формує у них відчуття ізоляції. Тому психолог при консультуванні повинен допомогти особі з інвалідністю усвідомити, що її цінність не визначається лише її фізичними можливостями. Для цього у психології застосовуються методи когнітивного переналаштування, які направлені на зміну негативних переконань людини про себе, а також робота психолога з її негативними емоціями, такими як страх, сором, невпевненість [1, с. 131].

При роботі з особами з інвалідністю дуже важливим є розвиток у них навичок емоційної регуляції, особливо це стосується тих осіб з інвалідністю, які пережили травматичні події, що спричинили втрату ними працездатності. Психологи навчають таких осіб усвідомлювати власні емоційні реакції і знаходити ефективні способи їх регуляції, що включає в себе техніки релаксації, навички подолання стресу, медитації, майндфулнес. Завдяки використанню цих інструментів особи з інвалідністю краще починають контролювати свої емоції, уникають депресивних станів та знаходять шляхи адаптації до свого стану.

В процесі психологічного супроводу осіб з інвалідністю важливим аспектом є їх соціальна підтримка, оскільки часто вони відчувають себе відчуженими від суспільства через психологічні та фізичні бар'єри. Тут важливо залучати осіб з інвалідністю до групової терапії чи соціальних проектів, які допоможуть їм відчути себе частиною суспільства [51, с. 63]. Групова терапія, коли особи з інвалідністю можуть обмінюватися своїм досвідом та підтримувати один одного, має позитивний вплив на їх емоційний стан і здатність до адаптації. Також вона сприяє розвитку соціальних навичок, таких як спілкування і взаємодія з іншими людьми, що дозволяє особам з інвалідністю краще інтегруватися в соціум.

Отже, психологічний супровід повинен враховувати вплив на осіб з інвалідністю соціальних факторів, таких як стигматизація і дискримінація. На жаль, в нашому суспільстві особи з інвалідністю часто стикатися з соціальними бар'єрами і упередженнями, які негативно впливають на їхню самооцінку і мотивацію до активного життя. Робота психолога в цьому контексті має включати не лише індивідуальну підтримку, але й громадську роботу по зменшенню в суспільстві упереджень відносно осіб з інвалідністю та підвищення рівня толерантності.

Також психологічний супровід осіб з інвалідністю також передбачає роботу з їх сім'ями, оскільки часто близькі люди також переживають сильний стрес, відчувають безпорадність або розгубленість через складність підтримки своїх рідних. Завдання психолога полягає у допомозі членам родини особи з інвалідністю краще розуміти її потреби, розвивати навички ефективної комунікації й емоційної підтримки, а також долати власні емоційні труднощі. Це дозволяє не тільки покращити якість життя осіб з інвалідністю, але й створити в сім'ї позитивну атмосферу, сприятливу для розвитку емоційного здоров'я.

## **1.3. Методичні засади здійснення психологічного супроводу дітей старшого дошкільного віку з інвалідністю**

Психологічний супровід дітей старшого дошкільного віку з інвалідністю передбачає діяльність практичного психолога, направлену на формування комплексної системи психологічних умов, які забезпечують успішне перебування кожної такої дитини в освітньому середовищі.

Основними завданнями психологічного супроводу дітей старшого дошкільного віку з інвалідністю є [36, с. 603]:

* актуалізація особистісного потенціалу розвитку дитини з інвалідністю;
* формування дружнього й неупередженого відношення до дітей з інвалідністю в усіх учасників освітнього процесу;
* формування позитивних міжособистісних відносин дітей з інвалідністю з їхніми однолітками, профілактика їх стигматизації та дискримінації;
* формування психологічної компетентності педагогічного колективу до взаємодії з дітьми з інвалідністю;
* психологічна підтримка й консультування батьків дітей з інвалідністю чи осіб, які їх замінюють, стосовно особливостей розвитку, навчання, спілкування, соціальної адаптації, професійної орієнтації їхніх дітей.

Психологічний супровід дітей з інвалідністю включає всю систему професійної діяльності психолога, яка направлена на формування соціально-психологічних умов для успішного розвитку, емоційного благополуччя, виховання та навчання дітей з інвалідністю в ситуаціях соціально-педагогічних взаємодій, які організовані в структурі закладу освіти. Психологічний супровід дітей з інвалідністю – це завжди пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність психолога, яка передбачає взаємозв’язок наступних компонентів [41, с. 11]:

* систематичний моніторинг психолого-педагогічного та медико-психологічного статусу дитини з інвалідністю в динаміці її психічного розвитку;
* формування належних соціально-психологічних умов для ефективного психічного розвитку дітей з інвалідністю у соціумі;
* систематична психологічна допомога дітям з інвалідністю у вигляді психологічної підтримки, консультування, психокорекції;
* систематична психологічна допомога батькам дітей з інвалідністю в розвитку;
* організація життєдіяльності дітей з інвалідністю в соціумі із врахуванням їх психічних й фізичних можливостей.

Психологи забезпечують психологічний супровід розвитку дітей з інвалідністю за наступним алгоритмом:

1. Перевірка готовності дитини з інвалідністю до відвідування ЗДО, виявлення у таких дітей навчальних труднощів, встановлення причин цих труднощів за допомогою бесіди з батьками, при потребі – направлення до відповідних додаткових фахівців для встановлення причин і надання допомоги.

2. Спостереження за поведінкою дитини з інвалідністю на заняттях, за особливостями її поведінки і взаємодії з іншими дітьми, вихователями.

3. Проведення досліджень для вивчення індивідуальних особливостей дитини з інвалідністю, її схильностей, інтересів і потреб, аналіз адаптаційного періоду.

4. Складання індивідуальної програми психологічного супроводу дитини з інвалідністю, розроблення індивідуального плану корекційно -розвиткової роботи з урахуванням встановлених особливостей дитини.

5. Участь у розробленні необхідних для адаптації матеріалів із переліком форм та прийомів, зокрема: надання педагогам рекомендацій стосовно врахування особливостей навчально-пізнавальної діяльності дитини з інвалідністю при визначенні методів роботи з нею.

6. Сприяння у формуванні позитивного мікроклімату в дитячому колективі і взаємодії з дітьми, проведення різних заходів, направлених на профілактику стигматизації та дискримінації у оточенні однолітків, формування дружнього й неупередженого відношення до дитини з інвалідністю.

7. Надання консультативної допомоги педагогам щодо роботи з дитиною з інвалідністю.

8. Співпраця з фахівцями, що безпосередньо працюють з дитиною з інвалідністю і приймають участь у розробці індивідуальної програми розвитку для неї [31, с. 43].

Аналіз особливостей психологічного супроводу дітей з інвалідністю дозволяє виділити пріоритетні напрями роботи психолога: діагностико-прогностична діяльність; психологічна підтримка батьків; корекційно-розвиткова робота з дітьми з інвалідністю [46]. Діагностична робота проводиться для вивчення індивідуальних можливостей, потреб, обмежень і труднощів дитини з інвалідністю та направлена на дослідження:

* співвідношення рівня розумового розвитку дитини з інвалідністю та вікової норми;
* особливостей емоційно-вольової сфери;
* ступеня розвитку когнітивної сфери;
* ступеня сформованості мотивації до навчання;
* ступеня розвитку комунікативних здібностей;
* розумової працездатності і темпів розумової діяльності.

Вибір та використання інструментарію при проведенні діагностики відбувається з урахуванням потреби у адаптації дитини з інвалідністю, умов середовища відповідно до її індивідуальних особливостей.

Психолог первинну інформацію про дитину з інвалідністю може отримати з висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, який складають фахівці інклюзивно-ресурсних центрів за різними напрямами: мовленнєвий, фізичний, когнітивний розвиток, емоційно-вольова сфера, сформованість основних компетенцій навчальної діяльності згідно з віковими нормами [69, с. 86]. Проте деколи такої інформації може бути недостатньо, наприклад, для оцінки поведінки дитини з інвалідністю, сформованості її комунікативних, соціальних, адаптивних життєвих навичок. Крім того, спостереження за поведінкою дитини, її соціальною адаптацією можна проводити лише в природньому середовищі і в реальний момент часу. Тому задля отримання більш повної інформації про дитину з інвалідністю психолог у рамках психологічному супроводу може проводити додаткове, власне дослідження різних сфер її розвитку.

Основні методи психодіагностичного обстеження дитини з інвалідністю наступні [46]:

* робота з документами: збір анамнестичних даних, лікарських висновків (педіатра, невролога, психіатра, офтальмолога, отоларинголога, дефектолога, логопеда) і на підставі отриманої інформації визначення тактики і стратегії подальшого обстеження дитини з інвалідністю;
* бесіда – встановлення контакту з дитиною з інвалідністю, ознайомлення з важливими відомостями про дитину (рівень її розвитку, здібності, інтереси, особливості поведінки, характеру, відношень у родині);
* аналіз потенційних можливостей дитини з інвалідністю (дослідження навчальних робіт, малюнків, творчих виробів задля збору й аналізу матеріалу, який відображає особливості її психічного розвитку, рівень розвитку моторних і сенсорних навичок);
* спостереження (за навчанням, поведінкою, грою, спілкуванням, станом працездатності). Спостереження передбачає оцінку дитини з інвалідністю у середовищі, у якому вона зазвичай функціонує;
* використання тестових методик, з метою вивчення:

1) пізнавальних процесів:

* сприймання: форми, кольору, розміру, просторових відношень і уявлень (методика визначення цілісності сприймання, методика дослідження сприймання часу);
* уваги: зосередженість, стійкість, обсяг, переключення (методика «Талиці Шульте», методика «Коректурна проба», методика вивчення концентрації та стійкості уваги П’єрона-Рузера);
* пам’яті: слухова, зорова, комбінована, довготривала пам’ять, опосередковане запам’ятовування (методика «Запам’ятовування цифр», методика «10 слів», методика запам’ятовування 12 слів і 9 геометричних фігур», тест короткочасної зорової пам’яті, визначення домінуючого типу пам’яті);
* мислення: аналіз та синтез, порівняння, класифікація, абстрагування, узагальнення (методика «Побудова дедуктивних умовиводів», методика «Що зайве», методика «Схематизація. Дорога до будиночків», методика виявлення суттєвих ознак поняття);

2) індивідуальних особливостей дитини: інтереси, схильності, індивідуальний навчальний стиль, темперамент, способи сприймання та переробки інформації (бесіда, анкетування батьків, вихователів, асистента вихователя; використання проективних методик «Неіснуюча тварина», «Намалюй картину»);

3) міжособистісних відносин, особливостей взаємодії в групі (спостереження за взаєминами дітей в групі; методика «Незакінчені речення»);

4) особливостей сімейного виховання (проективна методика «Сім’я тварин», тест Рене Жиля).

За результатами проведеної психодіагностики, якщо дитина знаходиться на індивідуальному, сімейному чи інтегрованому навчанні, психолог складає її психологічну характеристику, індивідуальну картку дитини з інвалідністю, індивідуальну програму психологічного супроводу дитини. Результати діагностичної роботи психолога є орієнтирами для подальшого планування цілей та завдань індивідуальної програми розвитку дитини з інвалідністю, психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової роботи.

Корекційно-розвиткова робота з дитиною з інвалідністю повинна бути комплексною, систематичною та індивідуалізованою. Загальна мета корекційно-розвиткової роботи з дитиною з інвалідністю полягає у сприянні розвитку дитини, створення належних умов для реалізації її внутрішнього потенціалу. Корекційно-розвиткова робота з дітьми з інвалідністю направлена на покращення процесів розвитку та соціалізації дитини, подальшої її інтеграції в соціум, а також вирішення наступних завдань [46]:

* розвиток зорового чи слухового сприймання, формування навичок просторового та соціально-побутового орієнтування, соціально-комунікативний розвиток;
* розвиток навичок саморегуляції і саморозвитку шляхом взаємодії з навколишнім середовищем із врахуванням наявних знань, вмінь, навичок комунікативної діяльності й творчості;
* формування у дитини з інвалідністю компенсаційних способів діяльності як важливої умови їх підготовки до навчання;
* створення належних умов для інтеграції дитини з інвалідністю, розвиток самостійності та життєво важливих компетенцій.

Реалізація психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової роботи з дітьми з інвалідністю здійснюється в три етапи (рис. 1.3.).

підготовчий період

основний період

заключний період

дитина адаптується до щоденних занять. Фахівець, враховуючи психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, визначає цілі, засоби, методи, форми проведення занять, планує роботу з батьками

набуття знань, формування умінь, навичок, в тому числі розвиток навичок самообслуговування. Фахівець приділяє увагу профілактиці виникнення вторинних порушень, розвитку мотивації до занять

вдосконалення знань, умінь, навичок, розвиток особистої активності дитини

**Рис. 1.3. Етапи психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової роботи з дітьми з інвалідністю**

Джерело: складено автором на основі [52]

При проведенні занять з дітьми з інвалідністю, незалежно від форми в якій вони проводяться (групові або індивідуальні), психологу слід дотримуватися ключових корекційних завдань:

* потрібно розвивати усі види сприймання дитини з інвалідністю, особливо зорове і слухове, на основні яких відбувається розвиток вищих психічних функцій;
* збагачувати знання дитини з інвалідністю про навколишній світ та розуміння нею зв’язків між предметами і явищами, за допомогою розвитку мислення та мовлення;
* необхідно дбати про зміцнення працездатності дитини з інвалідністю, вміння зосереджувати увагу та цілеспрямовано працювати: ставити мету, усвідомлювати шляхи її досягнення та адекватно оцінювати результати;
* розвивати навчальну мотивацію, бажання вчитися, віру дитини з інвалідністю у власні можливості [50, с. 71].

Крім того, психологічний супровід дітей з інвалідністю передбачає надання психологічної підтримки їх батькам з метою подолання труднощів, які виникають в процесі їх щоденної практичної діяльності та комунікації. На думку В. Шевченко, психологічна підтримка батьків дітей з інвалідністю розглядається як система заходів, спрямованих на:

* зниження емоційного дискомфорту батьків через особливості розвитку їх дитини;
* підтримка у батьків віри в можливість та перспективи розвитку дитини з інвалідністю, у те, що правильно організований корекційний вплив дасть можливість оптимізувати її подальший інтелектуальний і особистісний розвиток;
* формування у батьків адекватного відношення до проблем дитини з інвалідністю (допомога у визначенні можливих труднощів соціального розвитку, що виникають у певні вікові періоди);
* підтримка адекватних міжособистісних відносин і стилів сімейного виховання;
* інформування про індивідуально-психологічні і вікові особливості дитини з інвалідністю, особливості виховання дітей, знайомства з прийомами реагування на особливості їх поведінки;
* підвищення психологічної компетентності батьків з питань навчання та виховання, психічного розвитку, соціалізації дитини з інвалідністю в умовах сімейного виховання (В. Шевченко [90]).

Таким чином, психологічний супровід дітей з інвалідністю допомагає вирішувати такі завдання їх всебічного формування: розвивати інтелектуальну сферу особистості, розширювати у них досвід соціальних відносин, сприяти набуттю емоційного і духовного досвіду, інтеграції цих дітей у систему соціальних міжособистісних відносин. Психологічний супровід дітей з інвалідністю включає такі пріоритетні напрями роботи психолога: діагностико-прогностична діяльність; корекційно-розвиткова робота з дітьми; психологічна підтримка їх батьків (їх консультування, навчання взаємодіяти з дітьми з інвалідністю, надавати допомогу собі і дитині у процесі переживання різних стресових ситуацій).

## **Висновки до розділу 1**

В Україні сьогодні поняття про осіб з інвалідністю асоціюється виключно з людиною, у якої є офіційне медичне підтвердження статусу інваліда певної групи. Під групою інвалідності розуміють ступінь стійкого розладу функцій організму, обумовленого певним захворюванням, травмою (її наслідками) чи вродженими вадами, і можливого обмеження життєдіяльності людини при взаємодії із зовнішнім середовищем в результаті втрати здоров'я. Законодавством передбачено існування трьох груп інвалідності. Щодо дітей, то діти з інвалідністю практично усі потребують опіки і постійного нагляду, тому таким дітям встановлюється тільки одна група інвалідності, проте за двома категоріями (А та Б) в залежності від ступеня втрати ними здоров'я.

Психологічний супровід осіб з інвалідністю – це надзвичайно важливий компонент забезпечення їх психологічного, соціального та емоційного благополуччя. Це багатовимірний процес, який зосереджується на позитивних сторонах та перевагах особистості, він сприяє встановленню у людини віри в себе і свої можливості, підвищенню резистентності особистості до різноманітних дестабілізуючих факторів.

Психологічний супровід дітей з інвалідністю включає всю систему професійної діяльності психолога, яка направлена на формування соціально-психологічних умов для успішного розвитку, емоційного благополуччя, виховання та навчання дітей з інвалідністю в ситуаціях соціально-педагогічних взаємодій, які організовані в рамках закладу освіти. Психологічний супровід дітей з інвалідністю – це завжди пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність психолога.

Психологічний супровід дітей з інвалідністю включає такі пріоритетні напрями роботи психолога: діагностико-прогностична діяльність; психологічна підтримка батьків; корекційно-розвиткова робота. Крім того, психологічний супровід дітей з інвалідністю передбачає роботу з батьками, що насамперед включає їх консультування.

# РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## **2.1. Організаційно-методологічні засади дослідження**

Для вивчення особливостей реалізації психологічного супроводу осіб з інвалідністю було обрано вікову категорію дітей дошкільного віку з інвалідністю та найбільш виразні проблеми емоційно-вольової і поведінкової сфери, які чутливі для здійснення впливу на їх стабілізацію та оптимізацію за час короткотривалого експериментального дослідження в межах тематики нашого магістерської роботи.

Нижче наведено методичні аспекти організації та проведення експериментального дослідження особливостей емоційно-особистісного розвитку дошкільників з інвалідністю, що охоплює:

- емпіричне дослідження стану вияву показників емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю (констатувальний етап);

- розробку та впровадження програми заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю (формувальний етап);

- перевірку ефективності проведеної психологічної програми заходів з дітьми з інвалідністю (контрольний етап).

Мету кожного із вказаних етапів дослідження представлено на рис. 2.1.

**Рис. 2.1. Методика організації дослідження особливостей реалізації психологічного супроводу дітей з інвалідністю**

Опишемо детальніше завдання етапів дослідження

1. Констатувальний етап – мета: визначити стан емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю.

Завдання:

- обрати методики дослідження, сформувати вибірку;

- провести опитування дітей та їх вихователів, організувати спостереження за поведінкою дітей;

- проаналізувати психологічні характеристики емоційно-особистісного розвитку дітей старшого дошкільного віку із інвалідністю, порівняти отримані дані з відповідями дітей з типовим розвитком.

2. Формувальний етап – мета: розробити і впровадити програму заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю.

Завдання:

- розробити програму заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю;

- провести заняття із програми заходів психологічного супроводу із дошкільниками з інвалідністю.

3. Контрольний етап – мета: перевірити ефективність проведеної психологічної програми заходів з дітьми з інвалідністю.

Завдання:

- провести контрольне опитування дітей, порівняти результати «до» та «після» здійснення психологічного супроводу;

- визначити ефективність проведеної психологічної програми заходів з дітьми з інвалідністю.

**Вибірку опитуваних** склали 20 дітей – з них 8 осіб з інвалідністю і 12 осіб з типовим розвитком (ТР). Вік опитуваних 6-7 років, всі відвідують старші групи дитсадка, є вихованцями реабілітаційних, ресурсно-корекційних, розвивальних центрів.

Під час дослідження використано такі діагностичні **методи та методики:**

- методика «Вивчення індивідуальних особливостей дитини з емоційними проблемами», автори С. Кулачківська та Т. Піроженко;

- «Тест колірних уподобань» М. Люшера (дитячий варіант), який дає змогу діагностувати психоемоційний стан дітей, характеристики емоційно-особистісної сфери;

- Спостереження за показниками емоційного розвитку дітей (за критеріями Ю. Волинець, Т. Пономаренко; Н. Компанець; М. Яцюк);

- Анкета для визначення асоціальної поведінки дітей (Л. Тарабасова);

- Діагностичне завдання «На якій я сходинці?» (І. Манохіна) (для визначення стану адекватності самооцінки).

Розглянемо обрані методи та розкриємо особливості опрацювання результатів за ними.

**Методика «Вивчення індивідуальних особливостей дитини з емоційними проблемами»** (автори С. Кулачківська та Т. Піроженко) передбачає проведення спостереження за поведінкою дітей. Містить 9 ключових позицій, що дають змогу діагностувати:

- інтерес дітей до діяльності оточуючих;

- виявів негативних емоцій при виконанні режимних моментів або навпаки – вміння їх регулювати;

- адекватність ставлення до несподіванок, невдач, успіхів;

- вербального чи невербального вияву своїх емоцій (негативних, позитивних);

- кола людей, яким дозволяє заспокоювати себе у випадку стресу (педагогам, одноліткам, тільки батькам);

- типові причини конфліктів з однолітками, поведінку в конфліктах з ними;

- вміння виявляти емпатію, співчуття до того, хто потребує;

- вміння виявляти співрадість при спостереженні радості іншої дитини;

- переважний настрій протягом дня.

До кожної позиції пропонується набір варіантів від 0 до 2 балів за виявами від відсутності оптимальних показників до їх стійких виявів.

За сумою балів робиться висновок про рівні емоційного розвитку, які трактуються як:

20-28 балів – високий рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, відсутні емоційні розлади;

8-19 балів – середній рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, наявні епізодичні емоційні порушення

0-7 балів – низький рівень емоційного розвитку, незадовільні характеристики емоційної сфери, наявність емоційних розладів.

**«Тест колірних уподобань» М. Люшера** (дитячий варіант) спрямований на діагностування психоемоційного стану дітей, аналіз характеристик їх емоційно-особистісної сфери.

Цей тест передбачає індивідуальний формат опитування, дитина обирає один із кольорів, які їй подобаються серед пропонованих 8 карток різного кольору. Далі обрану картку потрібно відкласти кольоровою стороною донизу, і провести процедуру вибору наступного кольору, який подобається із пропонованих. Процедура виконується до тих пір, доки залишиться один колір, який записується як «останній у переліку уподобань».

При аналізі отриманих відповідей враховується, що діти сприймають кольори інакше, чим дорослі, а тому доцільно, щоб діти пояснили свої вибори темних кольорів. Оцінюються вісім позицій розташування різних кольорів – явної переваги (1 і 2 вибори), простої переваги (3 і 4 вибори), байдужості до кольору (5 і 6 вибори), і антипатії до кольорів (7 і 8 кольори).

Детальний аналіз вибраних кольорів може дати інформацію про:

1) 1 вибір – ставлення дітей до діяльності та способів її виконання, інструментів досягнення мети – активних чи пасивних,

2) 2 вибір – ставлення до мети, якої прагне досягти дитина – чи надихає мета, активізує дитину до діяльності, чи навпаки – демотивує, призводить до пасивності;

3) 3 вибір – переживання поточного емоційного стану

4) 4 вибір – переживання ставлення до дій у певній ситуації (стресовій, навчальній тощо);

5) 5 і 6 позиції – байдужість до кольору, однак свідчить про ставлення дитини до свого настрою (не сам настрій, а саме ставлення дитини до нього);

6) 7 і 8 вибори – вказують на потребу придушити якийсь мотив, потребу, настрій (відмовитися від активності, чи бажання позбутися тривоги, подолати гнів, плаксивість, сором’язливість).

Після отримання суперечливих результатів можна попросити дитину пояснити той чи інший вибір, щоб вона назвала асоціації до того чи іншого кольору, який обрала у певній послідовності. Однак це можливо лише за умови, якщо дитина володіє достатнім обсягом знань та словниковим запасом.

**Спостереження за показниками емоційного розвитку дітей** (за критеріями Ю. Волинець, Т. Пономаренко [60]; Н. Компанець [30]; М. Яцюк [92]) спрямоване на діагностику таких критеріїв (компонентів) емоційного розвитку дошкільників, як: емоційне сприйняття, вираження емоцій, емоційна стійкість та взаємодія з іншими.

Опираючись на погляди вказаних науковців, ми доповнили структуру критеріїв змістовними показниками та намагалися оцінити різні аспекти емоційного розвитку дітей.

Приділяли увагу аналізу таких критеріїв (компонентів) емоційного розвитку дітей, як:

1. Емоційне сприйняття:

* здатність розпізнавати і розуміти емоції (свої та інших);
* здатність розпізнавати емоції у різних виявах (у виразі обличчя, голосі, поведінці людей).

2. Вираження емоцій:

* здатність адекватно виявляти емоції через мовлення і поведінку, міміку, жести;
* вміння виражати позитивні та негативні емоції.

3. Емоційна стійкість:

* здатність контролювати емоції та пристосовуватися до стресових ситуацій;
* вміння справлятися з розчаруванням, конфліктною взаємодією з однолітками, адекватно реагувати на несподівані зміни, обставини.

4. Емоційна взаємодія:

* здатність будувати і підтримувати емоційні контакти з дітьми та дорослими;
* здатність виявляти емпатію, співчуття, підтримку у стосунках з іншими.

Спостереження проводили у процесі різних видів діяльності – під час вільних та структурованих ігор, спілкування з дорослими та іншими дітьми.

За кожним показником оцінювали прояви у балах – 1 (низький вияв), 2 (епізодичний, не стійкий вияв) до 3 балів (стійкий, постійний вияв). Сума балів за кожним компонентом давала інформацію про його сформованість:

0-2 бали – низький;

3-4 бали – епізодичний, не стійкий;

5-6 балів – стійкий, постійний вияв.

За сумою балів робиться висновок про рівні емоційного розвитку:

23-27 балів – високий рівень. Дитина легко розпізнає емоції інших, виявляє інтерес до емоційних станів оточуючих. Вміє виражати та контролювати емоції, використовує їх відповідно до комунікативної ситуації, швидко адаптується до нових умов взаємодії з іншими. Вміє співчувати, виявляє емпатію, здатна підтримати, доброзичливо ставиться до однолітків і дорослих.

17-22 бали – середній рівень. Дитина розпізнає основні емоції, іноді складно розуміє емоційні стани інших людей. Вміє виражати свої емоції, але іноді це робить неадекватно до поточної комунікативної ситуації, має труднощі з регулюванням емоцій. Відрізняється посередньою емоційною стійкістю, потребує допомоги в стресових ситуаціях.

9-16 балів – низький рівень. Дитина не вміє розпізнавати емоції, не зважає на емоційні прояви інших. Не вміє адекватно виражати емоції, часто лише озвучує їх, а невербально майже не відображає у міміці і жестах, чи поводиться нейтрально, наче зовсім не відчуває нічого. Емоційно не стійка, може легко переходити від негативних емоцій (гнів, агресія, злість) до замикання в собі. Має проблеми з адаптацією до змін, часто напружена і дратівлива, особливо коли потрапляє у несподівані ситуації, раніше не відомі приміщення. Не вміє долати розчарування, злість, сум. Не може самостійно підтримувати доброзичливі контакти, може застосовувати агресивні відповіді, коли не знаходить у своєму досвіді адекватних реакцій реагування. У конфліктах, напружених ситуаціях, у стресі може уникати емоційних контактів з дітьми чи дорослими.

**Анкета для визначення асоціальної поведінки дітей (Л. Тарабасова)** спрямована на опитування вихователів про показники асоціальності у поведінці дітей їх групи.

Пропонуються до оцінювання 10 тверджень щодо типової поведінки дітей та шкала оцінювання від 0 (ніколи) до 3 балів (часто), що стосуються таких виявів асоціальності:

- порушення правил поведінки у групі, що були встановлені вихователем;

- насміхання над іншими;

- агресивна поведінка щодо інших (кривдження, бійка, дражніння);

- розбіжності між словами і справами, вчинками;

- вживання нецензурних слів, розповідання непристойних історій;

- егоїстична впевненість у правильності своєї поведінки та відсутності шкоди від неї;

- схильність обманювати інших для своєї користі, маніпулювати іншими;

- скарги інших дітей, відсутність у них бажання гратися з цією дитиною;

- докучання іншим, розповідання історій жахів, побачених по телевізору чи почутих від дорослих;

- вияви жорстокості до тварин, знищення рослин без потреби.

За сумою балів робиться висновок про вияви асоціальної поведінки.

0-10 балів – оптимальний низький рівень. Дитина має нормальну поведінку, не виявляє ознак асоціальності. Володіє навичками емпатійного спілкування з іншими, схильна до доброзичливих стосунків з іншими. Ввічлива, культурна, дотримується правил гармонійного спілкування у колективі. Цікавиться емоційним станом інших, помічає і підтримує інших, співчуває.

11-20 балів – середній (помірний) прояв асоціальної поведінки. Дитина іноді виявляє асоціальні риси. Водночас знає і переважно дотримується правил доброзичливої поведінки. Розпізнає і розуміє емоційні стани (свої та однолітків), однак не завжди правильно на них реагує. Потребує підказок і підтримки дорослого, щоб поспівчувати чи допомогти іншим.

21-30 балів – високий прояв асоціальної поведінки, її часті вияви. Дитина часто агресивна, проявляє асоціальні риси, не розуміє доцільності доброзичливого ставлення до однолітків. Не вміє ініціювати та підтримувати приємні стосунки з іншими, доброзичливу взаємодію, не знає і не дотримується моральних правил у колективі, може ображати слабших, не виявляє співчуття до людей [81].

**Діагностичне завдання «На якій я сходинці?» (І. Манохіна)** призначене для визначення стану адекватності самооцінки.

Проводиться індивідуально, дитині дається бланк з намальованими на ньому сходами з 10 сходинок. Дитина має намалювати себе на тій сходинці, де вона себе відчуває, на найвищих сходинках знаходяться гарні діти, а на нижчих – погані. Дитина обирає свою сходинку і пояснює, чи їй там комфортно, чи вона заслуговує на краще.

Інтерпретація намальованих відповідей така:

Якщо дитина намалювала себе на 1–4 сходинці – її самооцінка занижена. Дитина недооцінює себе, а свої дійсні досягнення не сприймає, хоча й вони є вищими, чим вона себе оцінює. Їй варто допомогти побачити свої сильні сторони.

Коли дитина намалювала себе на 5–7 сходинці – її самооцінка адекватна. Вона адекватно оцінює свої здібності, розуміє, що це відповідає її реальним досягненням та здібностям.

Якщо дитина намалювала себе на вищих сходинках (8–10 сходинці) – вона має завищену самооцінку. При найвищій сходинці (10й) дитина має стійку переоцінку власних реальних досягнень. А при виборах 8-9 сходинки – вона схильна завищувати свої здібності в окремих сферах. Тому доцільно допомогти їй усвідомити дійсні результати діяльності, розвинути адекватне сприйняття своїх можливостей [43].

За цими методиками можна встановити психологічні характеристики емоційно-особистісного розвитку дітей, визначити особливості емоційного розвитку дошкільників з інвалідністю та спланувати заходи психологічного супроводу з ними.

## **2.2. Аналіз психологічних характеристик емоційно-особистісного розвитку дітей старшого дошкільного віку із інвалідністю**

Представимо всі отримані дані констатувального етапу дослідження. Вивчаючи особливості дітей за методикою, запропонованою С. Кулачківською, Т. Піроженко встановлено, що у дітей з інвалідністю переважаю низький рівень емоційного розвитку (табл. 2.1.). Лише третина дітей з інвалідністю мають середні показники, а високих – не виявлено взагалі.

Таблиця 2.1.

**Рівні емоційного розвитку дітей (за методикою С. Кулачківської, Т. Піроженко)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні | Діти з інвалідністю (8 осіб) | | Діти з ТР (12 осіб) | |
| дітей | % | дітей | % |
| Високий рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, **відсутні емоційні розлади** |  |  | 6 | 50% |
| Середній рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, **наявні епізодичні емоційні порушення** | 3 | 37,5% | 4 | 33,3% |
| Низький рівень емоційного розвитку, незадовільні характеристики емоційної сфери, **наявність емоційних розладів** | 5 | 62,5% | 2 | 16,7% |

Високий рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, відсутні емоційні розлади мають лише діти з типовим розвитком (50% осіб). Вони мають позитивний інтерес до діяльності інших під час занять та у вільний час. Не відображають негативних емоцій під час режимних моментів, не несподіванок ставляться адекватно, при потраплянні у приємну ситуацію – дивуються, радіють, при невдачах – засмучується, намагаються знайти способи її подолання. Вміють помічати емоції інших людей, вчасно підтримувати їх, а також адекватно приймати підтримку від дорослих і однолітків. Не конфліктують з іншими, доброзичливо ставляться до них, мають переважний позитивний, життєрадісний, бадьорий настрій протягом дня.

У третини дітей (з інвалідністю та з типовим розвитком) виявлено середні показники емоційного розвитку (у 37,5% та 33,3% відповідно). Ці дошкільники виявляють інтерес до діяльності інших у вільний від занять період, однак на заняттях відволікаються самі і заважають іншим. Іноді виявляють негативні емоції при виконанні режимних моментів, не здатні регулювати свої емоції, поведінку. Не завжди адекватно відгадують емоції оточуючих, свої емоції переважно виражають словами, проте у діяльності не точно передають власне ставлення до певних явищ. Коли відчувають сильні емоції, дозволяють дорослим заспокоїти себе. Можуть конфліктувати з однолітками через незначні причини, проте погоджуються залагоджувати конфлікт, позитивно ставляться до однолітків. Епізодично правильно реагують на чужі емоції – виявляють співрадість, чуйність та емпатію, толерантність до оточуючих. Вони переважно відчувають спокійний, задоволений настрій.

У решти дітей (62,5% дітей з інвалідністю і 16,7% дітей з ТР) виявлено низький рівень емоційного розвитку, незадовільні характеристики емоційної сфери, наявність емоційних розладів. У цих дітей відсутній інтерес до діяльності однолітків, вони часто виявляють негативні емоції та не можуть їх самостійно подолати. Періодично виявляють роздратованість, тривожність (можуть ховатися у закритих місцях, закрити обличчя руками, гостро реагують на голосні звуки, несподівані події). Дозволяють себе заспокоювати лише дорослим, яким довіряє (улюбленому вихователю, батькам), до однолітків ставляться насторожено. З іншими дітьми не конфліктують, намагаються уникати напружених ситуацій взаємодії з ними, замикаються в собі. Значно рідше – поводяться агресивно, вороже налаштовані до інших. Не вміють використовувати адекватні до ситуації емоції – можуть демонструвати радість при невдачі друзів, чи виявляти байдужість до свого успіху. При потраплянні у несподівані ситуації реагують лякливо, тривожаться, не розуміють, що трапилося, не цікавляться способами вирішення проблем і подолання конфліктів. Щоб виявити адекватну до ситуації емоцію потребують підказок дорослих, так само самостійно надати підтримку і допомогу оточуючим – не здатні. Мають переважно напружений, негативний настрій, часто чимось незадоволені. Можуть плакати, замикатися в собі, переважно пасивні, уникають активного спілкування з однолітками і дорослим. Іноді (дуже рідко) мають ворожий настрій, негативізм, агресивні тенденції в поведінці (штовхаються, ображають однолітків).

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 2.2.).

**Рис. 2.2. Рівні емоційного розвитку дітей (за методикою С. Кулачківської, Т. Піроженко)**

Відтак, низький рівень емоційного розвитку мають переважно діти з інвалідністю (на 45,8%), а високий – виявляється лише у дітей з ТР (50% від їх кількості).

Застосовуючи проективний тест колірних уподобань М. Люшера ми проаналізували психоемоційний стан дітей, розглянули характеристики емоційно-особистісної сфери дошкільників з інвалідністю та дітей з ТР (табл. 2.2.). Встановили, що позитивний емоційний стан, що відображається у бадьорому настрої, активному прагненні досягати успіхів у діяльності виявлено лише у дітей з ТР (58,3%).

Таблиця 2.2.

**Характеристики психоемоційного стану дітей (за тестом М. Люшера)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристики стану | Діти з інвалідністю (8 осіб) | | Діти з ТР (12 осіб) | |
| дітей | % | дітей | % |
| Позитивний емоційний стан, бадьорий настрій, активне прагнення досягати успіхів у діяльності |  |  | 7 | 58,3% |
| Позитивні прояви емоційного стану з епізодичними негативними тенденціями | 3 | 37,5% | 4 | 33,3% |
| Негативний психоемоційний стан, наявні емоційні порушення (тривожність, не впевненість в собі, збудженість, роздратування, агресивність) | 5 | 62,5% | 1 | 8,3% |

У третини всіх опитаних дітей (37,5% дітей з інвалідністю та 33,3% дітей з ТР) встановлено середні показники, що відображають позитивні прояви емоційного стану з епізодичними негативними тенденціями. Ці діти час від часу мають негативний настрій, не активні у досягненні цілей. Потребують допомоги і підтримки педагога. Однак у більшості випадків вони здатні самостійно докладати зусиль, щоб виконати завдання або хоча б спробувати.

У решти дітей (62,5% дітей з інвалідністю та лише 8,3% дітей з ТР) встановлено низькі показники психоемоційного стану. Вони мають негативний психоемоційний стан, у них наявні емоційні порушення (тривожність, не впевненість в собі, збудженість, роздратування, агресивність).

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 2.3.).

**Рис. 2.3. Характеристики психоемоційного стану дітей (за тестом М. Люшера)**

Тобто оптимальний бадьорий і життєстійкий настрій, активність у досягненні поставлених цілей діяльності, виконанні навчальних завдань мають лише дошкільники з ТР (58,3%). А низькі показники, негативний стан, поганий настрій – частіше властиві для дітей з інвалідністю (на 54,2%). Спостерігаючи за цими дітьми, помітили їх переважну пасивність, замкненість в собі, байдужість до стимулів зовнішнього середовища, не бажання брати участь у спілкуванні з дорослим. Діти не активно включалися у роботу з вибору кольорів, а коли ми просили їх пояснити вибір темних кольорів на перших чи середніх позиціях, замикалися в собі, уникали відповіді тощо.

Провівши **спостереження за показниками емоційного розвитку** **дітей** (скориставшись ідеями від Ю. Волинець, Т. Пономаренко; Н. Компанець; М. Яцюк), отримали дані (табл. 2.3.), що свідчать про перевагу високих показників емоційного сприйняття, вираження емоцій, емоційної стійкості, здатності до емоційної взаємодії лише у дітей з ТР (від 50% до 66,7%).

Таблиця 2.3.

**Компоненти емоційного розвитку дітей (за даними спостереження)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Компоненти (за показниками) і рівні |  | Діти з інвалідністю (8 осіб) | | Діти з ТР (12 осіб) | |
|  |  | дітей | % | дітей | % |
| 1. Емоційне сприйняття: | В |  |  | 8 | 66,7% |
| С | 1 | 12,5% | 4 | 33,3% |
| Н | 7 | 87,5% |  |  |
| 2. Вираження емоцій: | В |  |  | 7 | 58,3% |
| С | 2 | 25% | 4 | 33,3% |
| Н | 6 | 75% | 1 | 8,3% |
| 3. Емоційна стійкість | В |  |  | 6 | 50% |
| С | 1 | 12,5% | 4 | 33,3% |
| Н | 7 | 87,5% | 2 | 16,7% |
| 4. Емоційна взаємодія: | В |  |  | 8 | 66,7% |
| С | 2 | 25% | 4 | 33,3% |
| Н | 6 | 75% |  |  |

За компонентом «емоційного сприйняття» високі прояви мають лише діти з ТР (66,7%), вони легко розпізнають емоції інших, часто проявляють інтерес до емоційних станів людей. У третини дітей з ТР та 125 дітей з інвалідністю виявлено середні показники. Ці діти здатні розпізнавати основні емоції, проте мають труднощі з розумінням складних емоційних станів. А для більшості дітей з інвалідністю (87,5%) властиві низькі показники, ці діти мають значні труднощі у розпізнаванні емоцій, не звертають увагу на емоційні стани та прояви емоцій у поведінці людей.

За компонентом «вираження емоцій» високий прояв мають лише діти з ТР (58,3%). Вони активно та адекватно виражають свої емоції, використовують різні способи вираження. У 25% дітей з інвалідністю та 33,3% дітей з ТР виявлено середні прояви, ці діти виражають емоції, але можуть мати труднощі з адекватним відображенням негативних емоцій, складно уявляють наслідки свого надмірного емоційного реагування. У решти дітей (75% дітей з інвалідністю і 8,3% дітей з ТР) встановлено низькі показники, ці дошкільники мають труднощі у вираженні емоцій. Вони користуються переважно або вербальними, або невербальними способами.

За компонентом «емоційної стійкості» високі показники 50% дітей з ТР. Ці діти добре контролюють свої емоції, швидко і гнучко адаптуються до нових ситуацій. У 12,5% дітей з інвалідністю і 33,3% дітей з ТР виявлено середні показники, ці дошкільники справляються із емоціями, однак потребують допомоги дорослих в стресових ситуаціях, щоб озвучити та нівелювати негативні емоції. У решти (87,5% дітей з інвалідністю і 16,7% дітей з ТР) виявлено низькі показники, вони емоційно не стійкі, легко піддаються зараженню негативними емоціями інших дітей, мають труднощі з адаптацією до змін.

За компонентом «емоційної взаємодії» високі показники також мають лише діти з ТР (66,7%), вони здатні активно ініціювати контакти з іншими, підтримувати гармонійну, емоційно насичену взаємодію з однолітками. ці діти здатні до вияву емпатії, підтримки і допомоги товаришам. У 25% дітей з інвалідністю і 33,3% дітей з ТР виявлено середні показники, ці діти взаємодіють з іншими, вміють виявляти співчуття та емпатію до них, однак у складних ситуаціях можуть мати труднощі, потребувати нагадування, підказок, підтримки від дорослих. У решти, а це лише діти з інвалідністю (75% від їх кількості), виявлено низькі показники. Ці дошкільники намагаються уникати емоційних контактів, мають труднощі у встановленні та підтримці гармонійної взаємодії з однолітками. Часто не розуміють емоцій товаришів, а тому не здатні вчасно відреагувати належним чином, що зумовлює непорозуміння у стосунках, конфлікти у відносинах між дітьми.

Нижче надведено загальні дані щодо рівнів емоційного розвитку дітей за даними спостереження (рис. 2.4.).

**Рис. 2.4. Загальні рівні емоційного розвитку дітей (за даними спостереження)**

Високий рівень емоційного розвитку виявлено лише у дітей з ТР (66,7%). Вони легко та правильно розпізнають емоції інших, виявляють інтерес до емоційних станів. Адекватно виражають власні емоції та вміють їх контролювати. Здатні регулювати емоції відповідно до комунікативної ситуації. Підтримують приємні емоційні контакти, виявляють емпатію до товаришів, здатні надати допомогу, поспівчувати, доброзичливо ставляться до однолітків і дорослих.

У 25% дітей з інвалідністю і 33,3% дітей з ТР встановлено середній рівень. Діти розпізнають основні емоції, проте складно інтерпретують вияви емоційних станів. Вміють виражати свої емоції, однак не завжди вони відповідні до комунікативної ситуації. Мають труднощі з регулюванням емоцій, недостатньо емоційно стійкі. Щоб справитися із емоціями досить часто потребують допомоги, заспокоєння у стресових ситуаціях. Позитивно взаємодіють з іншими, але мають труднощі у врегулюванні конфліктів, подоланні стресів.

У решти (75% дітей з інвалідністю) встановлено низький рівень. Дошкільники не вміють розпізнавати емоцій, не звертають увагу на емоційні прояви інших. Емоційно нестійкі, легко піддаються емоціям, схильні до замикання в собі або (що рідше) до бурхливого вияву негативних емоцій, складно адаптуються до змін, напружені і роздратовані у незнайомих ситуаціях. У взаємодії з товаришами складно дотримуються правил ввічливого спілкування, їм важко підтримувати доброзичливі контакти.

Використовуючи анкету Л. Тарабасової аналізували вияви асоціальної поведінки дітей, встановили, що дітям з інвалідністю часто характерний середній вияв (табл. 2.4.). А для третини цих дітей властивий не оптимальний, негативний вияв асоціальної поведінки.

Таблиця 2.4.

**Вияви асоціальної поведінки дітей (за анкетою Л. Тарабасової)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вияви (рівні) | Діти з інвалідністю (8 осіб) | | Діти з ТР (12 осіб) | |
| дітей | % | дітей | % |
| **Оптимальний,** низький рівень асоціальної поведінки. | **1** | **12,5%** | **6** | **50%** |
| Середній (помірний) рівень асоціальної поведінки. | 4 | 50% | 4 | 33,3% |
| **Негативний,** високий рівень асоціальної поведінки | **3** | **32,5%** | **2** | **16,7%** |

Оптимальний, низький прояв асоціальної поведінки мають лише 12,5% дітей з інвалідністю та 50% дітей з ТР. Вони мають нормальну поведінку, не виявляють ознак асоціальності. Володіють навичками емпатійного спілкування, схильні до доброзичливих стосунків з іншими. Ввічливі, культурні, знають і дотримуються правил гармонійного спілкування у колективі. Цікавляться емоційним станом інших, помічають і підтримують інших, співчувають тим, хто потребує.

Середній (помірний) прояв асоціальної поведінки виявлено у 50% дітей з інвалідністю та 33,3% дітей з ТР. Ці дошкільники іноді виявляють асоціальні риси. Водночас знають і переважно дотримуються правил доброзичливої поведінки. Розпізнають і розуміють емоційні стани (свої та однолітків), однак не завжди правильно на них реагують. Потребують підказок та підтримки дорослого, щоб поспівчувати іншим.

Решта (32,5% дітей з інвалідністю і 16,7% дітей з ТР) мають не оптимальні характеристики поведінки, часті вияви асоціальності. Ці діти часто агресивні, не розуміють важливості дотримання правил ввічливого спілкування, підтримання доброзичливих контактів з однолітками. Не вміють ініціювати та підтримувати комфортні стосунки з іншими, не здатні до налагодження доброзичливої взаємодії, ображають інших, б’ються і штовхають, дражнять дітей. Жорстокі до тварин, нищать рослини без потреби, не дотримуються моральних правил спілкування у колективі. Не виявляють повагу і співчуття до людей.

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 2.5.).

**Рис. 2.5.** **Вияви асоціальної поведінки дітей (за анкетою Л. Тарабасової)**

Оптимальний, низький прояв асоціальної поведінки частіше властивий для дітей з ТР (на 37,5%). А негативний, високий вияв асоціальності більш характерний для дітей з інвалідністю (на 15,8%). При перевазі середнього прояву асоціальної поведінки дітям з інвалідністю більш характерні негативні прояви асоціальності, що вказує на доцільність психологічного впливу на них для формування доброзичливого ставлення до інших, розвитку комунікативної культури.

Використовуючи діагностичне завдання І. Манохіної встановлиит перевагу заниженої самооцінки у дітей з інвалідністю (табл. 2.5.).

Таблиця 2.5.

**Самооцінка дітей (за завданням І. Манохіної)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні самооцінки | Діти з інвалідністю (8 осіб) | | Діти з ТР (12 осіб) | |
| дітей | % | дітей | % |
| 1–4 сходинка – самооцінка занижена | 5 | 62,5% | 2 | 16,7% |
| 5–7 сходинка – самооцінка адекватна | 1 | 12,5% | 3 | 25% |
| 8–10 сходинка – самооцінка завищена | 2 | 25% | 7 | 58,3% |

Загалом віковою нормою розвиненості самооцінки у дошкільників є перевага завищених її проявів. Тобто дошкільникам найчастіше має бути властива завищена самооцінка, оскільки діти ще не вміють адекватно оцінювати себе, здібності та поведінку. Водночас бачимо, що це правило правдиве лише щодо дітей з ТР (58,3% від їх кількості). А серед дітей з інвалідністю завищена самооцінка проявляється лише у 25%.

Визначаючи стан адекватності самооцінки у дітей, бачимо, що адекватна найбільш відповідна дійсності самооцінка властива лише для 12,5% дітей з інвалідністю та 25% дітей з ТР. Ці діти мають позитивну самооцінку, що відповідає їх реальним досягненням та здібностям.

У більшості дітей з інвалідністю (62,5%) і меншої частини дітей з ТР (16,7%) виявлено занижену самооцінку. Ці діти не знають і не розуміють своїх здібностей, не усвідомлюють своєї ролі у досягненні успіхів. Схильні недооцінювати власні досягнення, які зазвичай є вищими, ніж вони себе оцінюють. Ці діти не знають своїх сильних сторін, а відтак – не вміють їх використовувати у спілкуванні з іншими.

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 2.6.).

**Рис. 2.6.** **Самооцінка дітей (за завданням І. Манохіної)**

Завищена самооцінка частіше властива для дітей з ТР (на 33,3%), ці діти переоцінюють свої здібності і можливості. Адекватна самооцінка властива для невеликої кількості дітей (12,5% з інвалідністю та 25% з ТР). І виразній частині дітей характерна занижена самооцінка – більше для дітей з інвалідністю (на 45,8%). Це спрямовує нас до пошуку ефективних способів психологічного супроводу дітей з інвалідністю для оптимізації їх емоційно-особистісного розвитку.

Для підтвердження аналітичних висновків застосовано засоби математичної статистики. На першому етапі оцінено значимість різниць в рівні емоційно-особистісного розвитку для дітей з інвалідністю та дітей із типовим розвитком. На основі даних у Додатку Д було пораховано критерій Мана-Уітні (Додаток Е), основні показники наведено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

**Оцінки різниці психологічних показників емоційно-особистісного розвитку для дітей з інвалідністю та дітей із типовим розвитком**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показник** | **Група** | **N** | **Середня** | **Медіана** | **Статистика Манн-Уітні U** | **p** |
| Емоційний розвиток | З інвалідністю | 8 | 12.63 | 11.50 | 30,,0 | 0,175 |
| Типовий розвиток | 12 | 15.92 | 15.00 |
| Психоемоційний стан | З інвалідністю | 8 | 1.88 | 2.00 | 30,0 | 0,109 |
| Типовий розвиток | 12 | 2.33 | 2.00 |
| Емоційне сприйняття | З інвалідністю | 8 | 3.25 | 3.00 | 40,5 | 0,580 |
| Типовий розвиток | 12 | 3.83 | 4.00 |
| Вираження емоцій | З інвалідністю | 8 | 3.38 | 3.50 | 47,0 | 0,969 |
| Типовий розвиток | 12 | 3.33 | 3.50 |
| Емоційна стійкість | З інвалідністю | 8 | 2.38 | 2.00 | 31,5 | 0,212 |
| Типовий розвиток | 12 | 3.42 | 4.00 |
| Емоційна взаємодія | З інвалідністю | 8 | 2.13 | 1.00 | 38,5 | 0,467 |
| Типовий розвиток | 12 | 2.92 | 3.50 |
| Асоціальна поведінка | З інвалідністю | 8 | 20.63 | 24.50 | 14,0 | 0,010 |
| Типовий розвиток | 12 | 10.25 | 9.00 |
| Самооцінка | З інвалідністю | 8 | 3.75 | 5.00 | 7,5 | 0,001 |
| Типовий розвиток | 12 | 6.67 | 6.50 |

На основі представлених даних можна зробити такі висновки щодо розвитку психоемоційної сфери у дітей з інвалідністю та з типовим розвитком, використовуючи критерій Манна-Уітні:

1. За показниками емоційного розвитку між двома групами немає значущих відмінностей (U = 30.00, p = 0.175), хоча середнє значення для групи з типовим розвитком вище (15.92 проти 12.63 балів).
2. Також не виявлено значущих відмінностей у психоемоційному стані між групами (U = 30.00, p = 0.109). Середнє значення трохи вище в групі з типовим розвитком (2.33 проти 1.88).
3. У цій підкатегорії відмінності між групами статистично не значущі   
   (U = 40.50, p = 0.580).
4. Значущих відмінностей між групами не виявлено (U = 47.00, p = 0.969), що свідчить про схожий рівень вираження емоцій в обох групах.
5. У показниках емоційної стійкості також не виявлено статистично значущих відмінностей (U = 31.50, p = 0.212), хоча група з типовим розвитком має трохи вищі середні значення.
6. Результати не показують значущих відмінностей між групами   
   (U = 38.50, p = 0.476).
7. Існують статистично значущі відмінності між групами (U = 14.00,   
   p = 0.010). Група дітей з інвалідністю має значно вищий рівень асоціальної поведінки (середнє значення 20.63 проти 10.25 у групи дітей з типовим розвитком).
8. Значущі відмінності спостерігаються і в самооцінці (U = 7.50,   
   p = 0.001). Діти з типовим розвитком мають вищий середній показник самооцінки (6.67) у порівнянні з дітьми з інвалідністю (3.75).

Хоча більшість психоемоційних показників не мають статистично значущих відмінностей між дітьми з інвалідністю та дітьми з типовим розвитком, значущі відмінності спостерігаються у показниках асоціальної поведінки та самооцінки. Діти з інвалідністю демонструють вищий рівень асоціальної поведінки та нижчу самооцінку порівняно з дітьми з типовим розвитком, що може свідчити про необхідність додаткової психологічної підтримки для покращення їхнього психоемоційного стану.

На основі кореляційного аналізу, проведеного в Додатку Ж, можна зробити наступні висновки.

1. Емоційний розвиток та психоемоційний стан:
   * Між емоційним розвитком та психоемоційним станом спостерігається сильна позитивна кореляція (ρ = 0.625, p = 0.003). Це свідчить про те, що з підвищенням рівня емоційного розвитку поліпшується і психоемоційний стан дітей.
2. Емоційний розвиток та асоціальна поведінка:
   * Існує значуща негативна кореляція між емоційним розвитком та асоціальною поведінкою (ρ = -0.636, p = 0.003), що вказує на те, що вищий рівень емоційного розвитку супроводжується нижчою асоціальною поведінкою. Це може означати, що діти з розвиненішими емоційними навичками менш схильні до асоціальних дій.
3. Психоемоційний стан та асоціальна поведінка:
   * Між психоемоційним станом та асоціальною поведінкою також існує сильна негативна кореляція (ρ = -0.730, p < 0.001). Це свідчить про те, що діти з кращим психоемоційним станом менш схильні до асоціальної поведінки.
4. Емоційна взаємодія та емоційне сприйняття:
   * Відмічається значуща негативна кореляція між емоційною взаємодією та емоційним сприйняттям (ρ = -0.519, p = 0.019), що може свідчити про те, що діти, які краще взаємодіють з іншими, мають меншу потребу або здатність до емоційного сприйняття на індивідуальному рівні.
5. Самооцінка та психоемоційний стан:
   * Існує позитивна кореляція між самооцінкою та психоемоційним станом (ρ = 0.484, p = 0.030), що вказує на те, що вищий психоемоційний стан пов'язаний із вищою самооцінкою.
6. Самооцінка та асоціальна поведінка:
   * Спостерігається значуща негативна кореляція між самооцінкою та асоціальною поведінкою (ρ = -0.655, p = 0.002). Це свідчить про те, що діти з вищою самооцінкою мають тенденцію до меншої асоціальної поведінки.

Кореляційний аналіз показує, що високий рівень емоційного розвитку, психоемоційного стану та самооцінки пов'язаний зі зниженням асоціальної поведінки. Це вказує на те, що розвиток цих показників може допомогти знизити ризик асоціальних тенденцій у дітей.

## **Висновки до розділу 2**

Для вивчення особливостей реалізації психологічного супроводу осіб з інвалідністю проведено експериментальне дослідження особливостей емоційно-особистісного розвитку дошкільників з інвалідністю. Опитано 20 дітей – з них 8 осіб з інвалідністю і 12 осіб з нормотиповим розвитком. Вік опитуваних 6-7 років, всі відвідують старші групи дитсадка, є вихованцями реабілітаційних, ресурсно-корекційних, розвивальних центрів.

Високий рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, відсутні емоційні розлади мають лише діти з типовим розвитком (50% осіб). У третини дітей з інвалідністю виявлено середні показники емоційного розвитку (у 37,5%), ще 62,5% цих дітей мають низький прояв емоційного розвитку, незадовільні характеристики емоційної сфери, наявність емоційних розладів.

Оптимальний бадьорий і життєстійкий настрій, активність у досягненні поставлених цілей мають лише дошкільники з ТР (58,3%). Негативний психоемоційний стан, наявні емоційні порушення (тривожність, не впевненість в собі, збудженість, роздратування, агресивність) частіше властиві для дітей з інвалідністю (на 54,2%).

За даними спостереження за показниками емоційного розвитку дітей у 25% дітей з інвалідністю і 33,3% дітей з ТР встановлено середній рівень досліджуваного емоційного розвитку. Діти розпізнають основні емоції, проте складно інтерпретують вияви емоційних станів. Мають труднощі з регулюванням емоцій, недостатньо емоційно стійкі. У 75% дітей з інвалідністю встановлено низький рівень. Дошкільники не вміють розпізнавати емоцій, не звертають увагу на емоційні прояви інших, емоційно нестійкі.

Оптимальний, низький прояв асоціальної поведінки мають лише 12,5% дітей з інвалідністю, середній (помірний) прояв асоціальної поведінки виявлено у 50% дітей з інвалідністю, решта (32,5% цих дітей) мають не оптимальні характеристики поведінки, часті вияви асоціальності. Вони агресивні, не розуміють правил ввічливого спілкування, підтримання доброзичливих контактів з однолітками.

Завищена самооцінка частіше властива для дітей з ТР (на 33,3%), ці діти переоцінюють свої здібності і можливості. У більшості дітей з інвалідністю (62,5%) і меншої частини дітей з ТР (16,7%) виявлено занижену самооцінку. Отже, занижена самооцінка – більше властива для дітей з інвалідністю (на 45,8%). Адекватну самооцінку мають лише 12,5% дітей з інвалідністю і 25% дітей з ТР.

Більшість психоемоційних показників не мають статистично значущих відмінностей між дітьми з інвалідністю та дітьми з ТР, значущі відмінності спостерігаються у показниках асоціальної поведінки та самооцінки. Діти з інвалідністю демонструють вищий рівень асоціальної поведінки та нижчу самооцінку порівняно з дітьми з ТР.

За отриманими даними встановлено доцільність спрямування психологічного супроводу з дітьми з інвалідністю на оптимізацію їх емоційно-особистісного розвитку, формування навичок доброзичливого спілкування з іншими, підвищення самооцінки дітей, розвитку ціннісного ставлення до себе і до інших, навчання розпізнавати і враховувати емоційні стани співрозмовників у взаємодії з ними.

# РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ІНВАЛІДНІСТЮ

## **3.1. Психологічна програма заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку старших дошкільників з інвалідністю**

Для психологічної діяльності з дітьми з інвалідністю розроблено програму заходів, що охоплює 5 занять. Під час підбору вправ для них використано праці науковців, методистів, практиків О. Будянської [11], Я. Дубровіної [19], Н. Пихтіної [58; 59], І. Табачник [80] та ін. Нижче наведено основні елементи та послідовність вправ цих заходів, більш повні матеріали наведено у додатку З.

**Програма заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю**

**Мета:** сприяти емоційно-особистісному та поведінковому розвитку дітей з інвалідністю, забезпечити умови для компенсації емоційної нестійкості, гармонізації внутрішнього стану, позитивного спілкування з однолітками.

**Завдання:**

- Ознайомити із сутністю доброзичливої взаємодії з іншими, правилами чуйного, ввічливого спілкування;

- Сприяти розвитку адекватної, позитивної самооцінки, підвищувати віру в себе і свої сили;

- Стабілізувати настрій, подолати негативні емоції, розвивати навички розпізнавання свого внутрішнього стану та почуттів;

- Оптимізувати психоемоційний стан дітей, розвивати оптимальні характеристики емоційно-особистісної та поведінкової сфери – вміння регулювати свої емоції і дії, поважати інших, враховувати їх емоції, інтереси, потреби у спілкуванні з ними;

- Корегувати прояви асоціальної поведінки (агресії, ворожості, відсутності моральних мотивів вчинків); формувати прагнення до доброзичливої гармонійної взаємодії з іншими.

**Заняття 1**

**Мета:** ознайомити із емоційними реакціями; формувати у дітей прагнення до вияву доброти, співчуття; розвивати позитивні емоції; формувати доброзичливість, бажання прийти на допомогу іншим; стимулювати самопізнання; формувати позитивне самоставлення та адекватну самооцінку; знижувати напруження, тривожність; створювати умови для психологічно комфортного і безпечного спілкування в групі однолітків.

**Привітання.**

**Вправа-знайомство «Луна»**

Мета: вчити дітей запам’ятовувати імена учасників групи; розвивати позитивне ставлення до себе та інших; допомогти отримати задоволення від перебування в центрі уваги.

**Вправа-розминка «Рибки в акваріумі»**

Мета: підняти емоційний настрій дітей, створити позитивну атмосферу та умови для сприятливої колективної роботи.

**Вправа-рефлексія «Закінчи речення»**

Мета: вивчити з дітьми особливості міміки обличчя, її зв’язку із емоційним станом людини, тренувати виразну міміку.

**Вправа «Мої чудові якості»**

Мета: підвищувати самооцінку дітей, розвивати їх особисту впевненість.

**Вправа-рефлексія «Тримай себе в руках»**

Мета: сприяти рефлексії власних ресурсів щодо саморегуляції.

**Вправа «Сонячні промінчики»**

Мета: розвивати у дітей відчуття внутрішнього контролю над емоціями.

**Підведення підсумків. Рефлексія заняття**

**Заняття № 2**

Мета: розширювати уявлення дітей про основні емоції (радість, сум, злість та ін.); розвивати вміння виявляти емоційні стани за допомогою виразних вербальних і невербальних засобів (міміка, пантоміміка); виховувати доброзичливість, прагнення допомагати іншим; знизити напруження, долати стресові переживання; створювати умови для психологічно комфортного і безпечного спілкування в групі однолітків.

**Гра «Я радію, коли»**

Мета: розширити уявлення дітей про емоцію «радість»; формувати позитивні емоції; формувати уявлення дітей про вчинки, які приносять радість.

**Вправа «Всі такі різні і у чомусь схожі»**

Мета: допомогти дітям знайти подібні риси з однолітками, формувати позитивне ставлення до себе і до інших.

**Гра «Скажи добре слово»**

Мета: формувати прагнення робити добро, говорити добрі слова один одному, ознайомити із словами похвали, підтримки, радості, вдячності.; розвивати комунікативні навички.

**Гра-емпатія «Тихіше!»**

Мета: знімати емоційне напруження у дітей.

**Вправа-релаксація «Гра з мурашкою»**

Мета: розвивати у дітей навички саморегуляції та релаксації.

**Вправа на релаксацію «Сонячний зайчик»**

Мета: знімати емоційне напруження у дітей, створювати позитивний настрій, допомагати краще розуміти свої емоції і почуття.

**Підведення підсумків заняття.**

**Заключний ритуал «Вправо-вліво вернись, всім-всім друзям посміхнись!»**

Мета: формувати позитивний настрій, прагнення робити приємні справи, піднімати настрій друзям.

**Заняття 3**

Мета: стимулювати до самопізнання, підвищувати самооцінку; формувати навички самоаналізу емоцій; вчити розпізнавати емоції (свої та інших людей); формувати доброзичливість, співчуття у ставленні до однолітків; знижувати емоційне напруження; формувати прагнення поводитися ввічливо, культурно.

**Вправа-привітання «Створюємо гарний настрій»**

Мета: створювати позитивну психологічну атмосферу в групі.

**Гра «Чарівні окуляри»**

Мета: вчити бачити хороше в кожному, розвивати емпатію і доброзичливість до однолітків.

**Вправа «Передай настрій»**

Мета: знижувати напруження м’язів обличчя, підвищувати тонус малорухомих м'язів у дітей.

**Гра «Без слів»**

Мета: розвивати у дітей навички спілкування; вчити їх розуміти свого співрозмовника по виразу його обличчя, міміці, жестах, позі.

**Гра «Дивні зустрічі»**

Мета: розвивати навички співчуття, емпатії у дітей, формувати у них вміння «бачити» та розуміти стан оточуючих, бажання допомогти.

**Гра «Ми дружньо працюємо»**

Мета: формувати вміння дітей працювати в парі, враховуючи можливості товариша; розвивати уважність, терпимість, емоційну витримку, емпатійне ставлення до однолітків.

**Вправа-Релаксація «Вітер»**

Мета: допомогти дітям оволодіти прийомами саморозслаблення, самозаспокоєння, регуляції емоцій.

**Підведення підсумків заняття.**

**Заняття 4**

Мета: формувати позитивне самоставлення; розвивати ціннісне ставлення до себе і до інших; допомогти вирішити проблемні ситуації; формувати навички розв’язання моральних вчинків; розвивати навички саморегуляції та релаксації; вчити керувати своїми емоціями і поведінкою; виховувати повагу і доброзичливість; знижувати напруження.

**Гра «Добрі промінчики»**

Мета: формувати добрі наміри, вчити невербально висловлювати свої позитивні емоції до рідних та однолітків.

**Арт-вправа «Вправа «Країна почуттів»**

Мета: концентрація дітей на своїх емоціях та власному відгуку на них.

**Розв’язання проблемних моральних ситуацій: «Школа сердечної чуйності»**

Мета: вчити дітей вирішувати моральні ситуації, мотивувати до моральних вчинків, до вияву емпатії, підтримки, допомоги.

**Гра «Розпізнай мою емоцію»**

Мета: розвивати здатність дітей розуміти емоційний стан оточуючих, підвищувати їх можливості до самовираження; знімати бар’єри у спілкуванні; формувати моральні цінності та уявлення; корегувати поведінку (нівелювати асоціальні прояви).

**Вправа «Опануй себе»**

Мета: виробити у дітей навички послаблення негативних емоцій, розвивати навички регулювання емоцій.

**Вправа-саморегуляція «Сонечко і хмаринка»**

Мета: розвивати у дітей навички саморегуляції та релаксації.

**Підведення підсумків заняття.**

**Завершальний ритуал «Вправо-вліво вернись, всім-всім друзям посміхнись!»**

Мета: формувати позитивний настрій, прагнення робити приємні справи, піднімати настрій друзям.

**Заняття 5**

Мета: сприяти формуванню позитивного самоставлення і адекватної самооцінки; формувати ціннісне ставлення до себе і до інших; мотивувати дітей до моральних вчинків, ввічливості, доброзичливості у спілкуванні з людьми; розвивати комунікативні навички; створювати умови для психологічно комфортного і безпечного спілкування в групі однолітків.

**Гра-розминка «Дружній гайок»**

Мета: вчити дітей уважно ставитися до товаришів, відтворювати дії оточуючих, передавати їх динамізм; формувати емоційний позитивний настрій; розвивати мовлення, уяву.

**Вправа-розминка-релаксація «Гойдалки»**

Мета: знімати напругу з м’язів обличчя, допомогти розслабитися, урегулювати негативний настрій.

**Гра «Кубик емоцій»**

Мета: розвивати вміння виявляти свої емоції та почуття, навички комунікативної взаємодії з однолітками.

**Психоетюд «Емоційний стан»**

Мета: формувати позитивний настрій, прагнення робити приємні справи, піднімати настрій друзям.

**Вправа «Секрет»**

Мета: формувати бажання спілкуватися з однолітками, розвивати вміння долати сором’язливість та знаходити різні способи для досягнення мети.

**Релаксаційна вправа «Бджілка»**

Мета: знімати напругу з м’язів обличчя, сприяти розслабленню, заспокоєнню, підвищувати позитивний настрій.

**Гра «Щира вдячність»**

Мета:формуватиу дітей морально-етичні якості вдячності до оточуючих, позитивного ставлення до товаришів; вчити дітей виявляти адекватні емоції.

**Підведення підсумків заняття.**

**Вправа-гра «Скажи добре слово»**

Мета: формувати позитивний настрій, прагнення говорити приємні слова, закріпити слова вдячності, розвивати комунікативні навички.

Отже, розроблено програму заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю, що має на меті: сприяти емоційно-особистісному та поведінковому розвитку дітей з інвалідністю, забезпечити умови для компенсації емоційної нестійкості, гармонізації внутрішнього стану, позитивного спілкування з однолітками. Включає 5 занять, які було проведено з дітьми з інвалідністю у межах реалізації завдань психологічного супроводу їх емоційно-особистісного розвитку.

## **3.2. Аналіз ефективності проведеної психологічної програми заходів з дітьми з інвалідністю**

Для перевірки ефективності впровадженої програми заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю проведено опитування дітей та їх вихователів. Наведемо всі результати послідовно за кожною з використаних методик.

Застосовуючи методику С. Кулачківської та Т. Піроженко, отримано такі дані (табл. 3.1.). В ЕГ (діти з інвалідністю) виявлено зростання кількості дітей з високими проявами емоційного розвитку, позитивними характеристиками емоційної сфери, відсутністю емоційних розладів (на 25%). Також в ЕГ зменшилася частка опитаних із низькими проявами та свідченням наявності емоційних розладів у дітей.

Таблиця 3.1.

**Рівні емоційного розвитку дітей (за методикою С. Кулачківської, Т. Піроженко)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні | ЕГ, діти з інвалідністю (8 осіб) | | | | КГ, діти з ТР (12 осіб) | | | |
| До | | Після | | До | | Після | |
| дітей | % | дітей | % | дітей | % | дітей | % |
| Високий рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, **відсутні емоційні розлади** |  |  |  |  | 6 | 50% | 6 | 50% |
| Середній рівень емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, **наявні епізодичні емоційні порушення** | 3 | 37,5% | 5 | 62,5% | 4 | 33,3% | 4 | 33,3% |
| Низький рівень емоційного розвитку, незадовільні характеристики емоційної сфери, **наявність емоційних розладів** | 5 | 62,5% | 3 | 37,5% | 2 | 16,7% | 2 | 16,7% |

В групі дітей з ТР змін не виявлено, так само у половини встановлено високі показники емоційного розвитку, позитивні характеристики емоційної сфери, що вказують на відсутність емоційних розладів.

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 3.1.).

**Рис. 3.1. Рівні емоційного розвитку дітей (за методикою С. Кулачківської, Т. Піроженко)**

Отже, в ЕГ стало більше дітей з середніми показниками емоційного розвитку (на 25%).

Застосовуючи тест М. Люшера, отримано дані про психоемоційний стан дітей (табл. 3.2.). Виявлено такі характеристики емоційно-особистісної сфери дітей ЕГ – на 12,5% стало більше дітей із виявами позитивного емоційного стану, бадьорого настрою, активного прагнення досягати успіхів у діяльності.

Таблиця 3.2.

**Характеристики психоемоційного стану дітей (за тестом М. Люшера)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристики стану | ЕГ, діти з інвалідністю (8 осіб) | | | | КГ, діти з ТР (12 осіб) | | | |
| До | | Після | | До | | Після | |
| дітей | % | дітей | % | дітей | % | дітей | % |
| Позитивний емоційний стан, бадьорий настрій, активне прагнення досягати успіхів у діяльності |  |  | 1 | 12,5% | 7 | 58,3% | 8 | 66,7% |
| Позитивні прояви емоційного стану з епізодичними негативними тенденціями | 3 | 37,5% | 5 | 62,5% | 4 | 33,3% | 3 | 25% |
| Негативний психоемоційний стан, наявні емоційні порушення (тривожність, не впевненість в собі, збудженість, роздратування, агресивність) | 5 | 62,5% | 2 | 25% | 1 | 8,3% | 1 | 8,3% |

Також в ЕГ на 25% стало більше дітей із позитивними виявами емоційного стану з епізодичними негативними тенденціями у поведінці. На 37,5% зменшилася частка дітей, які демонстрували негативний психоемоційний стан, мали емоційні порушення (тривожність, не впевненість в собі, збудженість, роздратування, агресивність).

В КГ зміни не значні – на 8,3% стало більше дітей з оптимальним проявом позитивного стану, бадьорим настроєм. А кількість опитуваних з негативним психоемоційним станом залишилася такою ж.

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 3.2.).

**Рис. 3.2. Характеристики психоемоційного стану дітей (за тестом М. Люшера)**

Відтак, в ЕГ на 12,5% стало більше дітей з оптимальними проявами, позитивним емоційним станом, бадьорим настроєм. На 25% зросла частина опитаних з позитивним станом та епізодичним негативним настроєм. А в КГ зміни не такі виразні, тим більше, що кількість дітей з негативним психоемоційним станом не змінилася.

За даними спостереження за показниками емоційного розвитку дітей встановлено, що дітям з інвалідністю (ЕГ) характерні зростання середніх виявів емоційного сприйняття (на 25%), вираження емоцій (на 25%), емоційної стійкості (на 12,5%), здатності до емоційної взаємодії (на 25%) (табл. 3.3.).

На жаль, серед дітей з інвалідністю жодна дитина не стала демонструвати високого показника характеристик емоційного розвитку та їх виявів у міжособистісному спілкуванні. Однак зменшення їх кількості з низькими показниками за всіма досліджуваними компонентами є позитивним свідченням ефективності проведеної програми заходів психологічного супроводу.

Таблиця 3.3.

**Компоненти емоційного розвитку дітей (за даними спостереження)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Компоненти (за показниками) і рівні |  | ЕГ, діти з інвалідністю (8 осіб) | | | | КГ, діти з ТР (12 осіб) | | | |
| До | | Після | | До | | Після | |
| дітей | % | дітей | % | дітей | % | дітей | % |
| 1. Емоційне сприйняття: | В |  |  |  |  | 8 | 66,7% | 8 | 66,7% |
| С | 1 | 12,5% | 3 | 37,5% | 4 | 33,3% | 4 | 33,3% |
| Н | 7 | 87,5% | 5 | 62,5% |  |  |  |  |
| 2. Вираження емоцій: | В |  |  |  |  | 7 | 58,3% | 7 | 58,3% |
| С | 2 | 25% | 4 | 50% | 4 | 33,3% | 4 | 33,3% |
| Н | 6 | 75% | 4 | 50% | 1 | 8,3% | 1 | 8,3% |
| 3. Емоційна стійкість | В |  |  |  |  | 6 | 50% | 6 | 50% |
| С | 1 | 12,5% | 2 | 25% | 4 | 33,3% | 5 | 41,7% |
| Н | 7 | 87,5% | 6 | 75% | 2 | 16,7% | 1 | 8,3% |
| 4. Емоційна взаємодія: | В |  |  |  |  | 8 | 66,7% | 8 | 66,7% |
| С | 2 | 25% | 4 | 50% | 4 | 33,3% | 4 | 33,3% |
| Н | 6 | 75% | 4 | 50% |  |  |  |  |

В КГ зміни за показником «емоційної стійкості» (на 8,3% стало більше дітей з середніми проявами). За рештою характеристик емоційного розвитку та виявів емоцій у спілкуванні з іншими змін не виявлено.

За загальними проявами емоційного розвитку – в ЕГ на 25% стало більше дітей із середніми показниками, на стільки ж змінилася кількість з низькими. А в КГ змін не виявлено – у більшості дітей спостерігається перевага високого рівня емоційного розвитку). Наочно ці дані наведено нижче (рис. 3.3.).

**Рис. 3.3. Загальні прояви емоційного розвитку дітей (за даними спостереження)**

Використовуючи анкету Л. Тарабасової, отримано такі дані щодо виявів асоціальної поведінки дітей (табл. 3.4.). В ЕГ на 25% підвищилася частка опитаних з оптимальними, низькими виявами асоціальності. Ще на 12,5% зросла їх частка із помірним виявом асоціальності. І найбільш оптимальним результатом є зникнення опитаних із високим проявом асоціальної поведінки (було 32,5%).

Таблиця 3.4.

**Вияви асоціальної поведінки дітей (за анкетою Л. Тарабасової)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вияви (рівні) | ЕГ, діти з інвалідністю (8 осіб) | | | | КГ, діти з ТР (12 осіб) | | | |
| До | | Після | | До | | Після | |
| дітей | % | дітей | % | дітей | % | дітей | % |
| **Оптимальний,** низький рівень асоціальної поведінки. | **1** | **12,5%** | **3** | **32,5%** | **6** | **50%** | **6** | **50%** |
| Середній (помірний) рівень асоціальної поведінки. | 4 | 50% | 5 | 62,5% | 4 | 33,3% | 5 | 41,7% |
| **Негативний,** високий рівень асоціальної поведінки | **3** | **32,5%** | **-** | **-** | **2** | **16,7%** | **1** | **8,3%** |

В КГ на 8,4% стало більше дітей з середнім, помірним виявом асоціальності, на стільки ж зменшилася частка дітей із негативним, високим рівнем асоціальної поведінки. Наочно ці дані наведено нижче (рис. 3.4.).

**Рис. 3.4.** **Вияви асоціальної поведінки дітей (за анкетою Л. Тарабасової)**

Використовуючи діагностичне завдання І. Манохіної виявлено, що у дітей з інвалідністю стали частіше виявлятися адекватні прояви самооцінки (на 25%) (табл. 3.5.). Також стало більше дітей із проявами адекватної самооцінки в і КГ (на 8,3%).

Таблиця 3.5.

**Самооцінка дітей (за завданням І. Манохіної)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні самооцінки | ЕГ, діти з інвалідністю (8 осіб) | | | | КГ, діти з ТР (12 осіб) | | | |
| До | | Після | | До | | Після | |
| дітей | % | дітей | % | дітей | % | дітей | % |
| 1–4 сходинка – самооцінка занижена | 5 | 62,5% | 2 | 25% | 2 | 16,7% | 2 | 16,7% |
| 5–7 сходинка – самооцінка адекватна | 1 | 12,5% | 3 | 32,5% | 3 | 25% | 4 | 33,3% |
| 8–10 сходинка – самооцінка завищена | 2 | 25% | 3 | 32,5% | 7 | 58,3% | 6 | 50% |

В ЕГ на 32,5% зменшилася частка дітей із заниженою самооцінкою, на 25% підвищилася кількість із адекватними її виявами. Також на 12,5% зросла кількість дітей із завищеною самооцінкою.

Наочно ці дані наведено нижче (рис. 3.5.).

**Рис. 3.5.** **Самооцінка дітей (за завданням І. Манохіної)**

Отже, в ЕГ стало більше дітей, які мають адекватну та навіть завищену самооцінку (на 32,5%). Значно зменшилася кількість дітей, які мали занижену самооцінку.

За отриманими результатами в ЕГ на третину зменшилася кількість дітей з неоптимальними показниками емоційно-особистісного розвитку, що засвідчує ефективність впровадженої програми заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю.

## **Висновки до розділу 3**

Розроблено програму заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю, що має на меті: сприяти емоційно-особистісному та поведінковому розвитку дітей з інвалідністю, забезпечити умови для компенсації емоційної нестійкості, гармонізації внутрішнього стану, позитивного спілкування з однолітками. Включає 5 занять, які було проведено з дітьми з інвалідністю для психологічного супроводу їх емоційно-особистісного розвитку.

Після впровадження програми заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю проведено опитування дітей та їх вихователів, проаналізовано динаміку змін в емоційно-особистісному розвитку дітей з інвалідністю.

В ЕГ (діти з інвалідністю) виявлено зростання кількості дітей з високими проявами емоційного розвитку, позитивними характеристиками емоційної сфери, відсутністю емоційних розладів (на 25%).

За тестом М. Люшера отримано дані про психоемоційний стан дітей, зокрема в ЕГ на 12,5% стало більше дітей із виявами позитивного емоційного стану, бадьорого настрою, активного прагнення досягати успіхів у діяльності. Також в ЕГ на 25% стало більше дітей із позитивними виявами емоційного стану з епізодичними негативними тенденціями у поведінці.

За даними спостереження дітям з інвалідністю (ЕГ) характерні зростання середніх виявів емоційної стійкості (на 12,5%), емоційного сприйняття, здатності до вираження емоцій та емоційної взаємодії (на 25%). За загальними проявами емоційного розвитку – в ЕГ на 25% стало більше дітей із середніми показниками, на стільки ж змінилася кількість з низькими.

Водночас в ЕГ на 25% підвищилася частка опитаних з оптимальними, низькими виявами асоціальності. Ще на 12,5% зросла їх частка із помірним виявом асоціальності.

Ще у дітей з інвалідністю стали частіше виявлятися адекватні прояви самооцінки (на 25%). Значно зменшилася частка дітей із заниженою самооцінкою.

На основі отриманих результатів підтверджено ефективність проведеної програми заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю, яку рекомендуємо до використання в роботі вихователів інклюзивних груп, психологів, які працюють з дітьми з інвалідністю.

# ВИСНОВКИ

1. Теоретично проаналізовано категорії і психологічні характеристики осіб з інвалідністю в українському суспільстві.

Поняття «інвалідність» безпосередньо пов’язане зі станом здоров’я особи. Особою з інвалідністю називається повнолітня особа зі стійким обмеженням життєдіяльності, що має встановлену у нормативному порядку інвалідність. Дитина з інвалідністю може мати стійкий розлад функцій організму, спричинені захворюваннями, травмою чи вродженими вадами, що викликають обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту.

Відтак, інвалідність як міра втрати здоров’я, пов’язується із стійким розладом функцій організму, що спричинені вродженими порушеннями розумового чи фізичного розвитку, тяжкими захворюваннями, різними травмами, що викликають обмеження нормальної життєдіяльності, здатності до самообслуговування, зумовлюють потребу отримання соціальної допомоги і захисту.

Згідно законодавства розрізняють 5 категорій осіб з інвалідністю за виявами їх обмежень: фізичні недоліки і порушення; порушення інтелекту та психічні захворювання; порушення слуху; зору; роботи внутрішніх органів. У дорослих встановлюється інвалідність І, ІІ, ІІІ груп залежно від міри необхідності допомоги у обслуговуванні та забезпеченні життєдіяльності. Щодо дітей з інвалідністю – вони всі потребують опіки і постійного нагляду, тому їм встановлюється одна група з поділом за двома категоріями (А та Б) залежно від втрати здоров'я.

Психологічні особливості осіб з інвалідністю залежать від основної фізичної вади та обмежень їх у нормальному житті, розумовому розвитку, пересуванні, самообслуговуванні. При нормальному розумовому розвитку вони можуть отримувати освіту і соціалізуватися в суспільстві. Однак також психологічні особливості осіб з інвалідністю пов’язані з труднощами їх прийняття з боку суспільства, не готовністю інших людей взаємодіяти з цими особами, виявити емпатію до них, сказати добре слово.

2. З’ясовано особливості надання комплексної допомоги особам з інвалідністю та психологічного супроводу дітей з інвалідністю.

Одним з напрямів комплексної допомоги особам з інвалідністю є здійснення психологічного супроводу, що розуміється як процес надання психологічної допомоги, що зосереджується на позитивних сторонах особистості, сприяє встановленню у людини віри в себе, підвищенню її резистентності до дестабілізуючих факторів.

Психологічний супровід осіб з інвалідністю розпочинається з оцінювання їх психоемоційного стану, передбачає роботу із забезпечення оптимальної адаптованості особи з інвалідністю в навколишньому середовищі і створення толерантних відносин навколо неї. Психологічний супровід передбачає оволодіння особами з інвалідністю навичками їх взаємодії із світом, надання професійної психологічної підтримки, яка актуалізує особистісний потенціал.

Завдання психологічного супроводу полягає у забезпеченні оптимальної адаптованості особи з інвалідністю в навколишньому середовищі і створення толерантних відносин

Психологічний супровід дитини з інвалідністю включає такі навпрямки роботи: допомога в адаптації до умов життєдіяльності; сприяння у налагодженні міжособистісних контактів з однолітками; формування у дитини навичок співпраці, спілкування; підвищення рівня її вмотивованості до активності і саморозвитку; розвиток навичок емоційної регуляції; розвиток творчого потенціалу; реалізація інтересів, потреб, бажань; розвиток індивідуальності, допомога їй у самоствердженні в соціумі.

Психологічний супровід дітей з інвалідністю допомагає вирішувати такі завдання: розвивати інтелектуальну та емоційно-особистісну сферу особистості, розширювати у них досвід соціальних відносин, сприяти інтеграції цих дітей у систему соціальних міжособистісних відносин.

Пріоритетні напрями роботи психолога, який здійснює психологічний супровід дітей з інвалідністю: діагностико-прогностична діяльність; психологічна підтримка батьків і їх консультування; корекційно-розвиткова робота з дітьми.

3. Емпірично досліджено психологічні характеристики емоційно-особистісного розвитку дітей старшого дошкільного віку із інвалідністю.

Встановлено, що високі показники емоційного розвитку, позитивні характеристики сформованості емоційної сфери, властиві лише для дітей з ТР. Дітям з інвалідністю типово характерні середні і низькі показники, зокрема, третині цих дітей властиві середні (37,5%), але 62,5% мають низький прояв емоційного розвитку, незадовільні характеристики емоційної сфери, вияви емоційних розладів.

Так само переважаючий стійкий бадьорий, позитивний настрій мають лише діти з ТР (58,3%), які активні у досягненні поставлених цілей діяльності. а дітям з інвалідністю переважно характерний негативний настрій та психоемоційний стан, вияви тривожності, не впевненості, збудженості. роздратування, агресивності (на 54,2% більше, чим у дітей з ТР).

Спостерігаючи за показниками емоційного розвитку дітей з інвалідністю, встановлено середні показники у 25%, які вміють розпізнавати основні емоції, однак складно інтерпретують емоційні стани людей, мають труднощі з регулюванням емоцій, недостатньо емоційно стійкі. А більшість цих дітей (75% осіб з інвалідністю) характеризуються низькими показниками, не вміють розпізнавати емоцій, не звертають увагу на емоційні прояви інших, емоційно нестійкі.

50% дітей з інвалідністю виявляють середній (помірний) прояв асоціальної поведінки, лише 12,5% цих дітей мають оптимальний, низький прояв асоціальності. А третині (32,5% цих дітей) властиві не оптимальні, часті вияви асоціальності, ці діти агресивні, не розуміють правил ввічливого спілкування, не вміють підтримувати доброзичливі контакти з однолітками.

Більшість дітей з інвалідністю мають занижену самооцінку (62,5%), що значно більше, чим у дітей з ТР (16,7%). А завищена самооцінка, типова для дітей з ТР, дуже рідко властива для дітей з інвалідністю. Адекватну самооцінку мають лише 12,5% дітей з інвалідністю і 25% дітей з ТР.

За проведеним мат-статистичним аналізом даних встановлено, що більшість психоемоційних показників не мають статистично значущих відмінностей між дітьми з інвалідністю та дітьми з ТР, значущі відмінності спостерігаються у показниках асоціальної поведінки та самооцінки. Діти з інвалідністю мають частіші вияви асоціальної поведінки та нижчу самооцінку. За цими даними визначено вектори надання психологічної допомоги особам з інвалідністю, особливо в оптимізації їх емоційно-особистісного розвитку, підвищенні самооцінки, формуванні навичок доброзичливого спілкування з іншими.

4. Розроблено та апробовано психологічну програму заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку старших дошкільників з інвалідністю.

Розроблена програма заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю має на меті: сприяти емоційно-особистісному та поведінковому розвитку дітей з інвалідністю, забезпечити умови для компенсації емоційної нестійкості, гармонізації внутрішнього стану, позитивного спілкування з однолітками. структурно включає 5 занять, які спрямовані на реалізацію завдань з ознайомлення дітей із сутністю доброзичливої взаємодії з іншими, правилами чуйного, ввічливого спілкування; сприяння розвитку позитивної самооцінки, підвищення їх віри в себе; стабілізуванні настрою, подоланні негативних емоцій, розвитку навичок розпізнавання свого внутрішнього стану та почуттів; оптимізування психоемоційного стану дітей, розвитку оптимальних характеристик емоційно-особистісної та поведінкової сфери; корекції проявів асоціальної поведінки (агресії, ворожості, відсутності моральних мотивів вчинків); формування прагнення до доброзичливої гармонійної взаємодії з іншими.

За даними контрольного тестування в ЕГ (діти з інвалідністю) помічено зростання кількості дошкільників з проявами позитивних характеристик емоційної сфери, відсутністю емоційних розладів (на 25%).

За характеристиками психоемоційного стану – в ЕГ на 12,5% стало більше дітей з позитивним бадьорим настроєм, активним прагненням досягати успіхів у діяльності. На 25% підвищилася їх кількість з переважними позитивними виявами при епізодичних проявах емоційних порушень у поведінці.

Спостереження за емоційною поведінкою дітей з інвалідністю (ЕГ) підтвердило зростання середніх виявів емоційної стійкості (на 12,5%), емоційного сприйняття, здатності до вияву емоцій та гармонійної емоційної взаємодії з іншими (на 25%). Загалом на 25% стало більше дітей із середніми показниками, на стільки ж змінилася кількість з низькими проявами емоційного розвитку.

Щодо асоціальної поведінки – в ЕГ на 25% підвищилася частка дітей з оптимальними, низькими її виявами. На 12,5% зросла їх частка із помірним виявом асоціальності. На 25% стало більше дітей з інвалідністю з адекватними проявами самооцінки, значно поменшало виявів заниженої самооцінки.

За цими даними доведено ефективність впровадження програми заходів психологічного супроводу емоційно-особистісного розвитку дітей з інвалідністю. Рекомендуємо апробовану програму заходів до використання практичними психологами закладів освіти, ресурсно-інклюзивних центрів, соціально-реабілітаційних центрів, які працюють з дітьми з інвалідністю.