

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ  
УКРАЇНИ

Кафедра терапії та реабілітації

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістр  
за спеціальністю 227 – Терапія та реабілітація  
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ІНКЛЮЗИВНОГО  
НАВЧАННЯ ТА БЕЗБАР'ЄРНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ  
ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ: РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У  
ФОРМУВАННІ ДОСТУПНОСТІ»**

Здобувач вищої освіти

другого (магістерського) рівня

Вітомська Марина Валентинівна

Науковий керівник: Виноградова М.С.

Рецензент: Хрипко І.В.

к.фіз.вих., доцент

Рекомендовано до захисту на засіданні

кафедри (протокол № 20 від 02.04.2025 р.)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.

д.фіз.вих., професор



Київ – 2025

## **ЗМІСТ**

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧКЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ .....</b>	<b>3</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Поняття інклюзії в освіті: міжнародний та український контекст .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Основні бар'єри в доступі до освіти дітей з інвалідністю.....</b>	<b>23</b>
<b>1.3 Роль мультидисциплінарної команди, зокрема ерготерапевта, у побудові інклюзивного середовища.....</b>	<b>28</b>
<b>Висновки для розділу 1 .....</b>	<b>35</b>
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1 Аналіз спеціальної та науково-методичної літератури .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2 Опитування батьків щодо доступності шкільного середовища.....</b>	<b>38</b>
<b>2.3 Анкета для виявлення проблем та бар'єрів у шкільній інклюзії (фізичне середовище, навчальна адаптація, ставлення вчителів) .....</b>	<b>38</b>
<b>2.4 Оцінка (спостереження) шкільного середовища (приватної школи) .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5 Організація дослідження .....</b>	<b>39</b>
<b>РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЬ УЧАСТІ ЕРГОТЕРАПЕВТА У ФОРМУВАННІ ДОСТУПНОГО ШКІЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА: ВІД АНАЛІЗУ БАР'ЄРІВ ДО ПРАКТИЧНИХ РІШЕНЬ .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Аналіз результатів анкетування батьків для виявлення проблем та бар'єрів у шкільній інклюзії.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Стратегії вдосконалення інклюзивного середовища: перспективи для ерготерапевта на основі практик інклюзії в інших країнах.....</b>	<b>63</b>
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>72</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>74</b>

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧКЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ**

МКФ	– Міжнародна класифікація функціонування
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
МОН	– Міністерство освіти і науки України
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ООП	– особлива освітня програма
УД	– універсальний дизайн
ЮНЕСКО	– Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Інклюзивна освіта є одним із ключових напрямів реформування освітньої системи України, що відповідає міжнародним зобов'язанням держави, зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та Цілям сталого розвитку. Попри позитивну динаміку у збільшенні кількості інклюзивних класів, на практиці діти з інвалідністю все ще стикаються з численними перешкодами: архітектурною недоступністю, нестачею спеціалізованих кадрів, відсутністю ефективних інструментів адаптації навчального процесу, упередженим ставленням тощо.

Особливої актуальності проблема набуває в умовах воєнного стану, коли система освіти зазнає додаткових викликів: пошкодження інфраструктури, зміна місця проживання сімей, порушення стабільності освітнього процесу. У таких умовах постає нагальна потреба в підвищенні ефективності інклюзивного навчання через впровадження мультидисциплінарного підходу і залучення нових фахівців до освітнього середовища.

Зокрема, роль ерготерапевта — як спеціаліста з адаптації середовища та підтримки повсякденної діяльності дитини — ще не має системного визнання в українських школах, але є надзвичайно перспективною з точки зору подолання безбар'єрності. Саме ерготерапевт може стати ключовим елементом команди супроводу, що дозволить не лише інтегрувати дитину в шкільне життя, а й зробити її участь повноцінною та рівноправною. Таким чином, дослідження ролі ерготерапевта в освітньому середовищі є своєчасним, соціально значущим та науково обґрунтованим [35, 6, 11, 67, 60, 49, 59, 63, 68].

**Об'єкт дослідження:** ынклюзивне навчання дітей з інвалідністю в умовах загальноосвітнього простору України.

**Предмет дослідження:** роль ерготерапевта у виявленні та подоланні бар'єрів доступу до освіти для дітей з інвалідністю, зокрема шляхом адаптації середовища та впровадження безбар'єрних практик у школах.

**Мета дослідження:** Проаналізувати сучасний стан інклюзивного навчання та освітнього середовища в Україні для дітей з інвалідністю, а також

обґрунтувати роль ерготерапевта у формуванні доступності в школах шляхом розробки практичної моделі його участі.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати міжнародні та національні підходи до інклюзивного навчання.
2. Визначити основні бар'єри у доступі до освіти для дітей з інвалідністю в українських школах.
3. Дослідити досвід інших країн щодо участі ерготерапевтів в освітньому процесі.
4. Провести опитування та спостереження щодо доступності шкільного середовища.
5. Розробити модель участі ерготерапевта у формуванні безбар'єрного освітнього простору.

**Теоретична значущість роботи.** Робота узагальнює сучасні наукові підходи до інклюзивної освіти та позиціонує ерготерапію як важливий елемент підтримки дітей з інвалідністю в освітньому середовищі. Теоретичні висновки сприяють розвитку професійної дискусії про місце ерготерапевта у сфері освіти та визначають його потенціал у забезпеченні рівного доступу до навчання.

**Практична значущість дослідження.** Результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення інклюзивної практики в українських школах, зокрема для розробки рекомендацій щодо впровадження посади ерготерапевта. Опрацьовані стратегії та модель участі фахівця можуть стати основою для міждисциплінарної взаємодії у закладах освіти, а також для підготовки відповідних фахівців у сфері терапії та реабілітації.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

### 1.1 Поняття інклюзії в освіті: міжнародний та український контекст

Інклюзивна освіта – це сучасна освітня парадигма, що забезпечує рівні можливості для всіх учнів незалежно від їхніх індивідуальних особливостей. Вона розглядає кожного учня як повноцінного члена освітньої спільноти і прагне усунути бар'єри у навчанні, пов'язані з інвалідністю, станом здоров'я, соціальним походженням чи іншими факторами. Принцип «нічого про нас без нас» та ідеї прав людини стали підґрунтям розвитку інклюзії, яка нині є ключовим індикатором якості і справедливості освітньої системи у світі. Нижче розглянемо історичну еволюцію поняття інклюзії, міжнародні стандарти, сучасні підходи (включно з принципами універсального дизайну та «equity» – освітньої рівності), а також національний контекст України: законодавчу базу, стан впровадження, роль фахівців реабілітації (зокрема ерготерапевтів) та порівняємо досвід України з іншими країнами [11, 38].

#### Історична еволюція поняття інклюзії в освіті

Зародження ідеї та перехід від сегрегації до інтеграції. У першій половині ХХ століття дітей з особливими освітніми потребами здебільшого навчали окремо – у спеціальних школах-інтернатах або вдома. Такий сегрегаційний підхід базувався на переконанні, що особливі діти потребують ізольованого середовища і спеціальних методик. Лише в середині ХХ ст. почали з'являтися ідеї соціальної інтеграції: з 1960-х років у розвинених країнах стартували програми так званого *mainstreaming* – поступового включення дітей з інвалідністю до звичайних шкіл. Важливим кроком стало ухвалення в США закону *Education for All Handicapped Children Act (1975)*, який гарантував усім дітям з інвалідністю право на безоплатну освіту в публічних школах. У 1970-х–1980-х роках багато країн Європи та Північної Америки реформували спеціальну освіту, скорочуючи мережу ізольованих закладів і запроваджуючи класи інтегрованого навчання у звичайних школах.

На відміну від інтеграції, яка вимагала від дитини “пристосуватися” до школи, інклюзія передбачає адаптацію *школи* до потреб всіх дітей. Концепція *inclusive education* оформилася на початку 1990-х років і ґрунтується на ідеї, що “усі діти – цінні і рівноправні учасники освіти”, а школа повинна бути готова навчати *кожного*. Визначальним моментом став 1994 рік, коли на Всесвітній конференції з питань освіти осіб з особливими потребами (UNESCO, м. Саламанка, Іспанія) міжнародна спільнота проголосила принцип інклюзивної школи. Саламанкська декларація 1994 р. закликала країни впроваджувати школи, “що враховують різноманітність учнів і здатні навчати усіх дітей, у тому числі з особливими потребами”, як найефективніший шлях боротьби з дискримінацією в освіті. Цей документ фактично затвердив глобальний консенсус щодо переходу від інтеграції до повної інклюзії. Відтоді у міжнародному дискурсі утвердилася ідея, що звичайні школи з інклюзивною культурою та практиками – найкраще середовище для більшості дітей з особливими потребами, де вони можуть навчатися разом із ровесниками, розвиватися академічно і соціально [13, 39, 1].

Подальший розвиток і світові тенденції. Після Саламанки зусилля з впровадження інклюзії тривали по всьому світу, набуваючи підтримки на найвищому рівні. У 2000 р. Дакарська декларація з освіти для всіх та інші міжнародні ініціативи підтвердили зобов’язання забезпечити доступність якісної освіти кожній дитині. Ключовою віхою стало ухвалення в 2006 році Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD). Стаття 24 цієї Конвенції юридично зобов’язала держави-учасниці забезпечити інклюзивне навчання на всіх рівнях, визнавши право осіб з інвалідністю на освіту “без дискримінації і на підставі рівності можливостей”. Після набуття чинності CRPD (2008) багато країн переглянули своє законодавство і політики, щоб перейти від сегрегації до інклюзивних моделей навчання. У 2015 році міжнародна спільнота прийняла Порядок денний ООН до 2030 року, де *Ціль сталого розвитку №4*

(SDG4) проголосила забезпечення “інклюзивної та справедливої якісної освіти” одним із пріоритетів. Таким чином, за останні десятиліття інклюзивна освіта із новаторської ідеї перетворилася на загально визнаний стандарт: майже повсюдно на законодавчому рівні закріплено право дітей з особливими освітніми потребами навчатися у звичайних школах разом зі своїми однолітками [8, 7, 1].

#### Міжнародні документи та стандарти інклюзивної освіти

Розвиток інклюзії в освіті спирався на низку важливих міжнародних документів, які визначили принципи рівності та доступності. Ключові міжнародні договори і декларації у цій сфері включають:

- *Всесвітня декларація прав людини* (ООН, 1948) – закріпила право кожної людини на освіту (ст.26), заклавши універсальний принцип доступності освіти для всіх без дискримінації. Хоча в 1948 р. про інклюзію як таку ще не йшлося, ця норма стала фундаментом для майбутніх політик рівних можливостей.

- *Конвенція ООН про права дитини* (1989) – зобов’язала держави забезпечувати освіту дітям з інвалідністю без дискримінації (ст. 2, 23, 28). Цей договір вперше надав дітям з особливими потребами міжнародно-правові гарантії рівноправного доступу до навчання.

- *Стандартні правила ООН щодо зрівняння можливостей для інвалідів* (1993) – хоч і не були юридично обов’язковими, окремим правилом (Rule 6) рекомендували державам інтегрувати дітей з інвалідністю в загальну систему освіти як пріоритет.

- *Саламанкська декларація* (UNESCO, 1994) – як згадано вище, цей документ став програмним для інклюзії. Він містив Рамкову програму дій, що окреслила кроки для урядів: розробку інклюзивних навчальних планів, переосмислення ролі спеціальних шкіл як центрів підтримки, підготовку вчителів до роботи у різномірних класах тощо.

- *Декларація ООН “Освіта для всіх”* (Джомтьєн, 1990; Дакар, 2000) – встановила ціль доступної та якісної освіти для всіх дітей до 2015 р.,

звернувши увагу на групи, що традиційно виключені з освіти (діти з інвалідністю, дівчата, національні меншини тощо).

- *Конвенція про права осіб з інвалідністю* (ООН, 2006) – як зазначено, її стаття 24 прямо визначає інклюзивну освіту як ціль, декларуючи, що освіта людей з інвалідністю має реалізуватися “в системі загальної освіти” з наданням *розумного пристосування* та необхідної підтримки для максимальної академічної і соціальної розвитку.

- *Політичні та програмні документи ЮНЕСКО та ВООЗ.* ЮНЕСКО активно підтримує інклюзію через низку керівних матеріалів: “Політичні настанови щодо інклюзивної освіти” (2009) закликали розглядати інклюзію ширше, як *охоплення всіх учнів, що потенційно піддаються виключенню* – не лише за ознакою інвалідності, а й бідності, гендеру, етнічності. Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) у своєму “Світовому звіті про інвалідність” (2011) також наголосила на важливості інклюзивних загальноосвітніх шкіл та раннього втручання, підкресливши, що ізоляція в спеціальних закладах має відходити в минуле. Зрештою, *Освітня рамкова програма «Education 2030»* (Інчхонська декларація, 2015) офіційно затвердила, що інклюзія та рівність – це основа якісної освіти, і світові лідери взяли зобов’язання “*не залишити нікого осторонь*” у сфері навчання [52, 1].

Отже, на міжнародному рівні сформувалася цілісна нормативна база, яка вимагає від держав створювати інклюзивні освітні системи. Ці документи задають орієнтир: школи повинні пристосовуватися до потреб учнів (а не навпаки), забезпечувати *universal access* до освітніх послуг і підтримувати різноманітність у класі. Сьогодні будь-яка країна, розвиваючи освітню політику, має керуватися цими стандартами, аби гарантувати дотримання прав дитини та прав людей з інвалідністю на освіту.

Сучасне визначення інклюзії: універсальний дизайн та “equity”

У сучасному розумінні інклюзивна освіта – це більше, ніж просто спільне навчання дітей з інвалідністю та їх здорових однолітків. Це цілісна філософія та практика, що спрямована на виявлення і усунення всіх бар’єрів у

навчанні, створення середовища, в якому *кожен* учень відчуває свою належність до колективу і може реалізувати свій потенціал. Сучасні визначення інклюзії акцентують на двох важливих концепціях: універсальному дизайні та equity (освітній рівності/справедливості).

Принципи універсального дизайну в освіті. *Універсальний дизайн (УД)* виник у архітектурі як підхід до проектування об'єктів і просторів, придатних для використання *усіма людьми* по максимуму, без потреби в адаптації. В освіті це поняття трансформувалося у *універсальний дизайн навчання (UDL)* – підхід до розробки навчальних програм, середовища та матеріалів, що робить їх зручними і доступними для найрізноманітніших учнів від початку, а не постфактум. Наприклад, принципи УД в школі передбачають: гнучкі навчальні плани, різні способи подання інформації (текст, аудіо, візуально), альтернативні способи виконання завдань і оцінювання, адаптовані приміщення (пандуси, ліфти, спеціальні меблі) тощо. Ідея полягає в тому, щоб стандартне навчальне середовище було настільки добре продумане, що *якнайменше учнів потребували б індивідуальних пристосувань*. Українські школи поступово впроваджують універсальний дизайн: переглядають архітектурну доступність, оснащують класи технічними засобами (наприклад, ноутбуками з доступними програмами, аудіопідручниками), застосовують диференційовані методики навчання. Принципи УД також закладені у державні будівельні норми та стандарти доступності закладів освіти, а в педагогічних колах набувають популярності методичні рекомендації з універсального дизайну навчання. Таким чином, універсальний дизайн в освіті підтримує інклюзію, роблячи школу комфортною для всіх – від дитини на інвалідному візку до учня з дислексією чи тих, хто має інший стиль навчання [15, 44, 43].

Концепція “equity” – освітньої справедливості. Традиційно освітня політика оперувала поняттям *equality* – рівності, тобто надання всім учням однакових умов. Проте інклюзія ґрунтується саме на *equity* – принципі справедливості та рівних можливостей, що враховує різні стартові позиції і

потреби дітей. Equity в освіті означає, що для досягнення рівного успіху різним учням може знадобитися *неоднакова підтримка* і ресурси. Наприклад, дитині з порушенням слуху потрібен слуховий апарат і сурдопереклад, щоб вона реально мала ті ж можливості навчатися, що й однокласники. Це і є справедливість – надати *кожному* необхідне, а не всім однаково. ЮНЕСКО прямо зазначає, що інклюзія та equity є основою якісної освіти [25, 41, 52]. Таким чином, сучасна школа має бути гнучкою і чуйною до індивідуальних потреб: хтось потребуватиме додаткового часу на іспиті, хтось – спеціального програмного забезпечення, хтось – асистента в класі. Важливо, що реалізація equity не знижує вимог чи стандартів, а навпаки – дає змогу *всім* досягти цих стандартів шляхом диференційованої підтримки. В українському законодавстві принцип освітньої рівності також закріплений: Закон “Про освіту” (2017) гарантує недискримінацію та *“рівний доступ до освіти”* для кожного здобувача (ст. 3, 6), а концепція інклюзивної освіти спрямована на усунення нерівностей, спричинених станом здоров’я чи іншими чинниками.

Сучасні визначення інклюзивної освіти. З урахуванням зазначених принципів, сучасне визначення інклюзії часто формулюють як *процес* розбудови освітнього середовища, що забезпечує прийняття різноманітності, ефективного залучення всіх учасників та надання підтримки за потреби. Наприклад, у законодавстві України визначено: *“Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, урахування людського різноманіття, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників”*. Подібно, в провінції Альберта (Канада) інклюзивна освіта офіційно описана як *“спосіб мислення і дій, який демонструє універсальне прийняття та належність для всіх дітей і учнів”*. Отже, ключові елементи в сучасних дефініціях – залучення, різноманітність, підтримка, участь, належність (belonging). Інклюзивна школа – це школа, де *“all means all”*, тобто *кожен* учень цінується і може повноцінно навчатися, а відмінності між дітьми

розглядаються не як проблема, а як нормальна частина людського досвіду [68, 69, 4].

Національні законодавчі акти України щодо інклюзивної освіти

Еволюція законодавства. Україна відносно пізно почала перехід до інклюзивної моделі освіти, проте за останні 15–20 років було зроблено значні кроки для нормативного закріплення інклюзії. Перші експериментальні спроби впровадити спільне навчання розпочалися на початку 2000-х (детальніше – нижче), але на рівні законів прорив стався у другій половині 2010-х років. Ключовими актами стали зміни до базового освітнього законодавства та підзаконні акти, що деталізують механізми інклюзії [53, 43, 2].

Поворотним моментом стало ухвалення нового Закону України “Про освіту” 5 вересня 2017 року. У цьому законі вперше інклюзивна освіта була впроваджена як *норма* для усіх рівнів освіти. Закон гарантував, що діти з особливими освітніми потребами (ООП) мають право навчатися у будь-яких закладах освіти, зокрема безоплатно в державних і комунальних школах, незалежно від наявності інвалідності. Фактично, з 2017 року інклюзія стала обов’язковою складовою освітньої системи України – школи не можуть відмовляти дитині з ООП у зарахуванні на тій підставі, що вона має інвалідність або потребує особливих умов навчання. Ще до ухвалення нового закону, у травні 2017 року Верховна Рада прийняла окремий Закон №2053-VIII “Про внесення змін до Закону України ‘Про освіту’ щодо особливостей доступу осіб з ООП до освітніх послуг”, який був підписаний Президентом 5 липня 2017 р. Цей документ започаткував процес впровадження інклюзії навіть до набрання чинності новим рамковим Законом “Про освіту”. Пізніше були прийняті нові редакції спеціальних законів: “Про загальну середню освіту” (2020) та “Про дошкільну освіту” (2021), де окремі статті визначають порядок організації інклюзивного навчання у школах і садочках (наприклад, гранична кількість дітей з ООП у класі, право на асистента вчителя, розробка індивідуальної програми розвитку тощо) [4, 50, 57].

Законодавчо запроваджено поняття “*особливі освітні потреби*”, закріплено право на індивідуальні послуги підтримки (асистент дитини, корекційні заняття), фінансові механізми (субвенція на підтримку осіб з ООП). Визначено також, що держава створює мережу спеціальних закладів та *інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ)* для методичного, психологічного супроводу інклюзії. Україна ратифікувала всі ключові міжнародні документи (Конвенцію про права дитини – 1991, Конвенцію про права осіб з інвалідністю – 2009), що додатково зобов’язує дотримуватися міжнародних стандартів у національному законодавстві.

Підзаконні акти та стандарти. Для практичної реалізації інклюзивної освіти Міністерство освіти і науки (МОН) та Кабінет Міністрів прийняли низку нормативних актів. Серед найважливіших:

- Постанова КМУ №872 від 15 серпня 2011 р. запровадила експеримент із інклюзивного навчання у 2011–2012 н.р. у деяких регіонах, заклавши основу для масштабування інклюзії.
- Постанова КМУ №545 від 12 липня 2017 р. – “Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр”: передбачила створення ІРЦ у кожному районі/громаді. ІРЦ здійснюють комплексну оцінку розвитку дітей з ООП, надають рекомендації щодо програми навчання, супроводжують учнів та консультують педагогів. Станом на 2025 р. в Україні створено 700 ІРЦ, з них 674 функціонують навіть в умовах воєнного стану. ІРЦ стали важливою інфраструктурою підтримки інклюзії.
- Наказ МОН №609 від 08 червня 2018 р. затвердив Порядок організації інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти, де детально прописано механізм відкриття інклюзивного класу, складання команди психолого-педагогічного супроводу, розроблення *Індивідуальної програми розвитку (ІПР)* для кожної дитини з ООП, залучення асистента вчителя тощо.
- Державні будівельні норми (ДБН В.2.2-40:2018) “Інклюзивність будівель і споруд” – встановлюють обов’язкові вимоги щодо архітектурної

доступності шкіл (пандуси, ліфти, універсальні туалети, контрастне маркування тощо), тобто впроваджують принцип універсального дизайну на рівні інфраструктури.

- *Концепція розвитку інклюзивної освіти* (схвалена наказом МОН у 2010 р.) та *Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 р.* (затверджена у 2021 р.) – програмні документи, що визначають довгострокові цілі. Зокрема, План дій з реалізації Нацстратегії безбар'єрності 2021–2022 рр. містив понад 250 заходів для розвитку інклюзії, включно з оновленням методик для ІРЦ та підготовкою кадрів.

Загалом, нині законодавча база України щодо інклюзивної освіти досить комплексна. У ній прописано права учнів з ООП, обов'язки шкіл створювати умови (спеціальні класи або введення корекційних послуг), фінансування (державна освітня субвенція на кожну дитину з ООП в школі покриває додаткові витрати), а також відповідальність органів влади за забезпечення доступності. Варто зазначити, що визначення інклюзивного навчання з Закону “Про освіту” 2017 стало загальною рамкою, яку тепер відображено і в інших актах, як от у новій редакції Закону “Про повну загальну середню освіту” (2020). Отже, в правовому полі України інклюзія перейшла із розряду *пілотного експерименту до обов'язкового стандарту*, і тепер основний акцент зсувається на імплементацію цих норм на практиці [4, 51].

Сучасний стан реалізації інклюзивної освіти в Україні

Перші кроки та динаміка розвитку. Впровадження інклюзії в українських школах почалося з локальних ініціатив. У 2001–2007 рр. МОН реалізувало *пілотний проєкт* “Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах”. Вперше було опрацьовано практичні моделі інтегрування дітей з інвалідністю до звичайних шкіл, сформовано методичні підходи, підготовлено групу педагогів-ентузіастів. Другим етапом став українсько-канадський проєкт “*Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні*” (2008–2012 рр.), у межах якого було

створено мережу підтримки інклюзії “Школа – для всіх” з участю громадських організацій та батьківських об’єднань. Ці проєкти суттєво підняли обізнаність освітян і суспільства про інклюзію, з’явилися перші “маякові” школи, що демонстрували успішний досвід навчання дітей з ООП у звичайних класах. В Україні переклали і поширили “Індекс інклюзії” – практичний посібник для шкіл з оцінки та розвитку інклюзивного середовища. Отже, до середини 2010-х сформувалося підґрунтя, і після законодавчих змін 2017 року інклюзивна освіта почала впроваджуватися повсюдно.

Зростання кількості інклюзивних класів. Статистика МОН свідчить про стрімке збільшення охоплення дітей з ООП в загальноосвітніх школах за останні роки. Якщо на початок 2016/2017 н.р. у звичайних школах навчалося лише близько 4 тисяч дітей з особливими потребами, то після 2017 р. ця кількість зростає щороку на десятки відсотків. На початок 2020/2021 н.р. в Україні діяло вже 13 782 інклюзивних класи, в яких навчалося 25 078 учнів з ООП. До 2023/2024 навчального року кількість таких учнів зросла до 40 354, а класів – до 29 321. Станом на 1 січня 2025 року, за оперативними даними МОН, функціонує 33 397 інклюзивних класів у закладах загальної середньої освіти, де навчаються 47 610 дітей з особливими освітніми потребами. Таким чином, за п’ять років число дітей з ООП, інтегрованих у звичайні школи, зросло майже вдвічі. Також активно впроваджується інклюзія в дошкільлі: зараз діє 7 658 інклюзивних груп у садочках, які відвідують понад 15 000 дітей з особливими потребами [69].

Ці цифри свідчать про позитивну динаміку – дедалі більше сімей обирають для дітей з інвалідністю не спеціальну школу, а навчання у громаді разом з усіма. Державна підтримка проявляється у наданні фінансування (субвенції) школам на кожну дитину з ООП, що покриває витрати на додаткові послуги (асистенти, спеціальні засоби). По всій країні створено ресурсні кімнати, медіатеки, закуповується обладнання для корекційних занять.

Приклади та успіхи. Вже є школи, відомі інклюзивною культурою. Наприклад, у місті Житомир ще з 2016 р. діє ліцей, де понад 20 дітей з різними

нозологіями успішно навчаються у звичайних класах, а при закладі працює команда фахівців – психолог, логопед, реабілітолог – яка допомагає вчителям. У Львові та Києві відкрилися освітні центри для дітей з розладами аутистичного спектру (класи підтримки при звичайних школах). За даними МОН, вже 35% загальноосвітніх шкіл України мають інклюзивні класи (2020 р.), тобто більш ніж кожна третя школа залучена до інклюзії. Більшість дітей з ООП в школах мають легкі або помірні порушення (мовлення, затримку розвитку, синдром Дауна тощо) – їх навчання у звичайному класі загалом організовується успішно за умови належного супроводу [17].

Проблеми та виклики. Попри досягнення, рівень інклюзивності української освіти поки далекий від ідеалу. Серед основних викликів можна відзначити:

- *Недостатню матеріальну базу та доступність.* Багато шкіл ще не повністю архітектурно доступні – не вистачає пандусів, ліфтів; обладнання спеціальних ресурсних кімнат потребує фінансів. За спостереженнями, у багатьох закладах пандуси або відсутні, або в неналежному стані, що створює перешкоди для мобільності учнів на кріслах колісних.

- *Дефіцит підготовлених кадрів.* Значна частина вчителів не проходили спеціальної підготовки з інклюзивної педагогіки. Згідно з опитуваннями, лише близько 7% педагогів демонструють високий рівень готовності активно підтримувати дітей з інвалідністю та застосовувати індивідуалізовані підходи. Решта потребують підвищення кваліфікації, щоб більше ніж формально включати таких учнів.

- *Нестача помічників в класах.* Посада асистента вчителя (тьютора) введена, але в реальності їх кількість замала. У 2021 р. близько 35% шкіл, де навчалися діти з ООП, взагалі не мали жодного асистента. Це серйозна проблема, адже без додаткового дорослого у класі учень з інвалідністю може не отримувати достатньої уваги, що призводить до відставання і ізоляції.

- *Ставлення та інклюзивна культура.* Не всюди вдалося подолати упередження. Деякі батьки типових дітей можуть скептично ставитися до

інклюзії, побоюючись “сповільнення” класу чи нестачі уваги для їхніх дітей. Проте поступово суспільство стає більш відкритим: приклади успішних історій (коли дитина з особливими потребами закінчує школу з хорошими результатами, соціалізується) демонструють переваги інклюзії для *всіх* учасників – толерантність, взаємодопомогу, різнобічний розвиток.

Вплив війни 2022–2023 рр. На жаль, повномасштабна війна, що триває від 2022 року, створила додаткові труднощі. Частина дітей з інвалідністю опинилася за кордоном як біженці (де вони продовжують навчання в інклюзивних школах інших країн). В самій Україні пошкодження шкільної інфраструктури та переїзд сімей призвели до тимчасового зменшення кількості дітей, відвідувачів інклюзивних класів у прифронтових регіонах. Однак МОН та місцева влада намагаються підтримувати інклюзивні послуги навіть у складних умовах: ІРЦ функціонують онлайн, багато шкіл впровадили дистанційні корекційно-розвиткові заняття. Очікується, що після стабілізації ситуації увага до реабілітації та психологічної підтримки дітей (у тому числі з інвалідністю та травмами війни) стане ще більшою, а інклюзія – невід’ємною складовою відбудови освіти.

Роль фахівців з терапії та реабілітації в інклюзивній освіті (ерготерапевти)

Інклюзивна освіта неможлива без мультидисциплінарного підходу – співпраці педагогів з різними спеціалістами, які допомагають дитині з особливими потребами освоїти навчальну програму і максимально інтегруватися у шкільне життя. В цій команді важливе місце належить фахівцям з терапії та реабілітації: вчителям-реабілітологам, фізичним терапевтам, психологам, логопедам, а особливо – ерготерапевтам (occupational therapists).

Ерготерапевт у школі – відносно нова для України роль, але у світі вона давно стала невід’ємною частиною інклюзивних команд. Завдання ерготерапевта – *усувати бар’єри, пов’язані з повсякденною діяльністю учня, адаптувати середовище і навчити дитину навичкам для незалежності. У*

контексті школи це означає, що ерготерапевт оцінює, з якими труднощами дитина стикається в навчальному процесі (наприклад, проблеми з дрібною моторикою при письмі, труднощі сидіти тривалий час, сенсорні перевантаження тощо) і пропонує рішення: спеціальні пристосування, тренування навичок, модифікацію завдань. Шкільні ерготерапевти відіграють критичну роль у тому, щоб кожен учень міг повноцінно залучитися до академічних, соціальних та позакласних активностей, руйнуючи бар'єри для участі [17]. Вони допомагають дітям опановувати навички самообслуговування у школі (перерви, харчування, гігієна), підтримують розвиток соціальної взаємодії (через ігри, групові завдання), адаптують фізичний простір класу під потреби дитини (наприклад, організовують “тиху зону” для учня з аутизмом, змінюють розташування парт для учня на візку тощо). Завдяки ерготерапевтам кожен учень може повною мірою залучатися до шкільного життя і досягати успіхів незалежно від фізичних чи когнітивних обмежень [66, 17, 45].

Приклад практичної роботи. Якщо дитина має порушення моторики руки – ерготерапевт підбере спеціальні *олівці, насадки* або навчить користуватися клавіатурою для письма, щоб зняти бар'єр у виконанні письмових завдань. Для учня з гіперактивністю спеціаліст організує *сенсорний куточок* або “переривчасте” сидіння (футбол замість стільця), щоб дитина могла сконцентруватися. Дітям з аутизмом ерготерапевт допомагає опанувати навички спілкування через ігрові терапевтичні техніки, спільно з психологом вчить їх керувати сенсорними перевантаженнями. Важливо, що ерготерапевт працює не ізольовано, а в тандемі з учителем: він консультує вчителів, як краще організувати урок, які фізичні *вправи-перерви* вставляти, як розкласти навчальні матеріали. Також ерготерапевт тісно співпрацює з батьками, аби рекомендації впроваджувалися послідовно і вдома [64, 67, 56, 9, 5].

Інші фахівці реабілітації. Окрім ерготерапевтів, в інклюзивних школах дедалі більшу роль відіграють фізичні терапевти (розробляють програму фізичних вправ, стежать за поставою, руховою активністю дітей з ДЦП тощо),

логопеди (коригують мовленнєві порушення, що важливо для опанування грамоти), спеціальні педагоги (дефектологи), а також психологи і соціальні педагоги. Разом вони утворюють *команду супроводу*, яка відповідно до українського законодавства має розробляти *Індивідуальну програму розвитку* та спільно забезпечувати її виконання. Згідно з Порядком організації інклюзивного навчання, до складу команди входять: класний керівник, асистент вчителя, практичний психолог, дефектолог (олігофренопедагог чи інший), логопед, представник ІРЦ, за згодою – лікарі-реабілітологи, а також батьки. Кожен із них відповідає за свій напрям підтримки дитини [19, 3, 48, 28].

Стан розвитку професії в Україні. Ерготерапія – нова спеціальність для нашої країни (підготовка кадрів почалася лише з 2016–2019 рр. у кількох університетах), але потреба в таких фахівцях у школах вже очевидна. В межах реформування системи реабілітації МОН спільно з МОЗ працюють над залученням ерготерапевтів до освітніх закладів. Наразі часто їх функції виконують реабілітологи у інклюзивно-ресурсних центрах або в штаті спеціальних шкіл, які консультують загальноосвітніх учителів. Проте є прецеденти, коли великі заклади (особливо приватні школи чи навчально-реабілітаційні центри) вводять посаду ерготерапевта [62, 63, 23]. З підвищенням обізнаності про цю професію, очікується, що ерготерапевти стануть стандартними членами команди супроводу інклюзії, як це давно є в Канаді, США, скандинавських країнах. Їх присутність суттєво підвищує ефективність включення дітей з комплексними потребами, адже вони приносять спеціалізовані знання про адаптацію середовища та розвиток навичок життєдіяльності, що виходять за межі традиційної педагогіки [12]. Як відзначають дослідники, інтеграція ерготерапевтів у шкільні команди покращує результати учнів та сприяє побудові справді інклюзивного середовища через міждисциплінарний підхід [59, 70].

Порівняння підходів до інклюзії в Україні та за кордоном (Канада, Норвегія, Польща)

Хоча принципи інклюзивної освіти є універсальними, реалізація їх у різних країнах має свої особливості. Розглянемо коротко, як підходять до інклюзії деякі країни, та порівняємо з українським досвідом.

Канада. В Канаді інклюзивна освіта розвивається з 1980-х років і сьогодні вважається *дефолтною моделлю* в більшості провінцій. Освіта – компетенція провінцій, тому політики можуть різнитися, але загалом всюди діє концепція “school for all”. Канадські школи, особливо на рівні початкової і середньої освіти, максимально інтегрують учнів з особливими потребами у загальні класи, надаючи їм підтримку через асистентів, ресурсні кімнати, спеціальні програми. Наприклад, провінція Нью-Брансвік повністю ліквідувала окремі спеціальні школи ще у 1980-х, перевівши усіх дітей у звичайні школи – це один із найрадикальніших прикладів повної інклюзії. Провінція Альберта дає визначення інклюзії як згаданий вище *“спосіб мислення і дій, що демонструє універсальне прийняття і належність кожної дитини”*. В Канаді робиться акцент на “культурі прийняття”: шкільна спільнота має поважати різноманітність (етнічну, релігійну, функціональну), і вважається неприпустимим виключати когось з основного класу без нагальної потреби. Якщо в Україні нерідко практикується, що дитина з ООП відвідує уроки вибірково чи за індивідуальним розкладом, то канадський підхід – *всі уроки разом, за винятком хіба що окремих занять з корекції*. Канадські школи широко застосовують універсальний дизайн навчання: різнорівневі завдання, технології допоміжної комунікації (наприклад, планшети з програмами для невербальних дітей), гнучке оцінювання. Підтримка фінансується щедро: у класі може бути кілька асистентів, працюють шкільні психологи і терапевти. Тому рівень академічної успішності інклюзивних учнів досить високий, а після школи багато хто продовжує освіту у коледжах чи й університетах завдяки набутим навичкам самостійності [25, 41, 52]. Для України досвід Канади показує, до чого слід прагнути: до створення толерантного шкільного середовища, де інклюзія сприймається не як тягар чи особлива умова, а як *норма життя*. Українські освітяни вже переймають цей досвід – зокрема,

концепція НУШ (Нова українська школа) наголошує на вихованні поваги до різноманіття та співпраці у класі.

Норвегія. Скандинавські країни традиційно є лідерами соціальної політики, і інклюзивна освіта – не виняток. Норвегія вже протягом десятиліть має інклюзивну систему освіти. Ще у 1970-х була проведена реформа, що інтегрувала більшість спеціальних шкіл у загальну систему. Зараз практично 100% дітей з особливими освітніми потребами навчаються у звичайних державних школах, спеціальні заклади залишилися лише для дуже складних випадків. Право на спеціальну підтримку гарантоване законом і *не залежить від діагнозу*, а від того, наскільки дитина не може отримати вигоду від звичайного навчання без додаткової допомоги. Це означає, що в Норвегії спершу намагаються забезпечити всі умови в загальній школі (асистенти, спеціальні педагоги, адаптовані методики), і лише якщо дитина все одно не опановує програму – розглядають інші варіанти. Норвезькі школи дуже добре обладнані: всюди безбар'єрний простір, сучасні технології (наприклад, для сліпих учнів є друк шрифтом Брайля, для глухих – слухові петлі, тощо). Класи менші за розміром, часто по 10–15 учнів, що полегшує інклюзію. Учителі в Норвегії мають високий рівень підготовки з диференціації навчання, держава інвестує в їхню безперервну освіту. Крім того, у школах практикується *гнучка навчальна програма*: є базовий національний стандарт, але вчитель може індивідуально коригувати темп і підходи, щоби врахувати потреби класу. Цікаво, що в Норвегії поняття “особливі освітні потреби” є дуже широким – воно включає і дітей-мігрантів, і учнів з різними стилями навчання, а не лише інвалідів. Це зближує підхід з концепцією *інклюзії для всіх*. Для України досвід Норвегії важливий тим, що показує: державна політика, орієнтована на рівність, може досягти майже повної інклюзії. Важливою умовою є суттєве фінансування освіти (видатки на учня в Норвегії – одні з найвищих у світі), але й на рівні цінностей – суспільство приймає, що школа має бути спільною для всіх дітей громади. Норвезький приклад доводить, що навіть діти з серйозними

порушеннями можуть відвідувати звичайну школу, якщо забезпечити грамотний супровід.

Польща. Сусідня Польща має багато спільного з Україною в історії спеціальної освіти, але останніми роками теж активно реформує сферу. У Польщі законодавство дозволяє три форми навчання дітей з інвалідністю: у спеціальних школах, в інклюзивних (інтеграційних) класах звичайних шкіл або індивідуально. Тривалий час значна частина дітей з інвалідністю залишалася у спеціальних закладах. Проте тенденція змінюється: на 2019/2020 навчальний рік 99 831 учень, що становить 61,6% всіх дітей з інвалідністю, вже навчалися в інклюзивних умовах (звичайних школах). Тобто близько 38% ще були в спеціальних школах – це досить високий відсоток порівняно з Західною Європою, але помітний прогрес порівняно з минулими десятиліттями. Польща зробила ставку на інтеграційні школи – це такі звичайні школи, де створено кілька інтегрованих класів з меншим наповненням (до 20 учнів, з них 3–5 – з ООП) і присутній додатковий спеціальний педагог. Модель інтеграційних класів була дуже популярною в 2000-х роках. Зараз поступово переходять до *повної інклюзії*, коли дітей з ООП розподіляють по всіх класах. Як і Україна, Польща впровадила інститут асистента вчителя, фінансує додаткові години реабілітації. Але існують і схожі проблеми: брак кадрів, негативне ставлення окремих батьків, недофінансування. В польських селах і містечках інклюзія просувається повільніше, ніж у великих містах – це теж знайома Україні ситуація. Примітно, що в Польщі сильний сектор недержавних організацій, які підтримують інклюзію (фонди, що надають школам обладнання, проводять тренінги для вчителів). Україна співпрацює з Польщею в цій сфері, переймаючи досвід підготовки кадрів та роботи ресурсних центрів. Загалом польський досвід підтверджує: для пострадянських систем освіти перехід до інклюзії – складний, але можливий шлях, що вимагає планомірних реформ, партнерства держави і громадянського суспільства та зміни суспільної думки про людей з інвалідністю.

Україна зробила значний поступ у законодавчому забезпеченні інклюзії та перших кроках впровадження, проте поки відстає від таких країн, як Канада чи Норвегія, за рівнем охоплення і якістю підтримки. Там інклюзія – це усталена практика десятиліть, висока культура прийняття різноманітності та достатні ресурси. Польща ближча до нас у викликах, переживаючи схожий трансформаційний період. Важливо, що в усіх розглянутих країнах простежується спільна тенденція: інклюзивна модель поступово витісняє сегрегаційну, оскільки доведено, що вона приносить користь не лише самим дітям з особливими потребами, а й усій освітній спільноті, сприяючи вихованню толерантності та соціальної єдності. Для України пріоритетом має стати неухильна реалізація прийнятих норм на практиці: підготовка вчителів, фінансування інфраструктури, інформування населення. Міжнародний досвід і стандарти вже інтегровані в наші стратегії – тепер важливо послідовно втілювати їх, щоб *кожна* українська дитина могла навчатися та розвиватися у справді інклюзивному освітньому середовищі [19, 64, 62].

## **1.2 Основні бар'єри в доступі до освіти дітей з інвалідністю.**

Незважаючи на декларовану на національному й міжнародному рівнях рівність прав на освіту для всіх дітей, включно з тими, хто має інвалідність, на практиці ця категорія дітей усе ще стикається з численними бар'єрами. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю (стаття 24 якої зобов'язує держави впроваджувати інклюзивне навчання на всіх рівнях освіти) ще у 2009 році. Відтоді державою здійснено важливі кроки: прийнято зміни до законодавства, зокрема новий Закон України «Про освіту» 2017 року, який гарантує дітям з особливими освітніми потребами (ООП) право на навчання в усіх закладах освіти (включно з безоплатним навчанням у державних і комунальних закладах), незалежно від встановлення інвалідності. Законодавчо закріплено створення інклюзивних класів та груп, надання психолого-педагогічної підтримки, адаптацію програм та архітектурну доступність для учнів з інвалідністю. Завдяки цим нормам кількість дітей, охоплених інклюзивним навчанням, в Україні стрімко зростає: якщо

у 2015/2016 н. р. лише 2 720 дітей (близько 5,8% від загальної кількості дітей з ООП) навчалися в інклюзивних класах, то станом на 2020 рік в інклюзії вже було 19 345 учнів – у 7 разів більше, ніж п'ятьма роками раніше. На початок 2020 року в країні діяло 13 782 інклюзивні класи, тобто інклюзивне навчання організували 35% закладів загальної середньої освіти. Ці дані свідчать про позитивну динаміку впровадження інклюзії. Водночас, навіть за наявності прогресивної законодавчої бази, діти з інвалідністю і досі стикаються з численними бар'єрами на шляху до якісної освіти – як в Україні, так і в світі [63, 67].

Фізична недоступність середовища. Одним з первинних бар'єрів є архітектурна та матеріальна недоступність освітнього середовища для дітей з різними видами порушень. Багато шкіл (особливо старі будівлі, сільські школи) не забезпечені пандусами, ліфтами, доступними туалетами та іншими елементами універсального дизайну. Неправильне розуміння концепції доступного середовища й ігнорування принципів універсального дизайну призводять до того, що навіть при формальному відкритті інклюзивних класів шкільна інфраструктура не враховує потреб усіх учнів. Додатковою проблемою є нестача спеціальних пристроїв та асистивних технологій для навчання дітей з різними потребами – наприклад, підручників шрифтом Брайля, слухових апаратів, комп'ютерних програм для альтернативної комунікації тощо. На глобальному рівні наслідком фізичної недоступності є масове невідвідування шкіл дітьми з інвалідністю: за оцінками, до *90% дітей з інвалідністю в країнах з низьким доходом не навчаються у школі*. Отже, інфраструктурні бар'єри залишаються критичними: без їх подолання інші зусилля з інклюзії будуть малоефективними.

Фінансові та ресурсні бар'єри. Якість інклюзивної освіти часто стримується браком фінансування та ресурсів. Забезпечення школи необхідними засобами (від спеціального обладнання до додаткового персоналу) потребує значних коштів. У багатьох країнах та громадах видатки на пристосування середовища, закупівлю дидактичних матеріалів для дітей з

ООП, найм асистентів учителя та фахівців поки що недостатні. В Україні запроваджено державну субвенцію для підтримки осіб з ООП, коштом якої фінансуються корекційно-розвиткові послуги та придбання матеріалів. Однак на практиці обсяги цієї підтримки не завжди покривають реальні потреби. Наприклад, громадські звіти свідчать, що не всі діти, які потребують дороговартісних технічних засобів (спеціальних комп'ютерів, підйомників тощо), отримують їх вчасно. Недостатнє фінансування також впливає на розмір оплати праці та мотивацію спеціалістів, які працюють в інклюзивних класах, що може призводити до плинності кадрів. Таким чином, ресурсний дефіцит є суттєвим бар'єром, що знижує якість послуг, які отримує дитина з особливими потребами в школі [67, 70].

Низька підготовка педагогів та брак кадрів. Ключовим викликом інклюзії є забезпечення закладів освіти кваліфікованими педагогічними кадрами та фахівцями підтримки. Багато вчителів загальноосвітніх шкіл зізнаються, що не відчують себе достатньо підготовленими до роботи з дітьми, які мають інвалідність. Історично педагоги не отримували ґрунтовних знань про інклюзивні методики під час навчання у вишах, а система підвищення кваліфікації лише останніми роками почала пропонувати відповідні курси. Внаслідок цього спостерігається дефіцит спеціалістів: асистентів учителя, корекційних педагогів, логопедів, практичних психологів, реабілітологів тощо. Навантаження на наявних шкільних психологів і дефектологів дуже високе, що ускладнює індивідуальну роботу з кожною дитиною. Недоліки у фаховій підготовці освітян прямо впливають на якість інклюзії: діти з ООП у звичайних класах можуть фактично залишатися «невидимими» – без адаптованих програм та методів навчання. Як зазначає українська дослідниця Л. Прохоренко, однією з причин недостатньої безбар'єрності освітнього простору є низький рівень умінь педагогів та брак новітніх корекційно-розвиткових технологій у школах. Отже, інвестування в професійну підготовку та командну роботу педагогів є необхідною умовою успішної інклюзії [59, 58, 3].

Суспільні та ставленнєві бар'єри. Не менш значущими є бар'єри психологічного та соціального характеру – упередження, стереотипи й брак розуміння в суспільстві. Довгий час людей з інвалідністю сприймали як «неповносправних», що потребують жалю або спеціального (відокремленого) догляду. Подібні установки досі впливають на рішення батьків, педагогів та управлінців щодо навчання таких дітей. Наприклад, дослідження в Україні засвідчило, що 71% опитаних громадян відчувають передусім жалість до цивільних осіб з інвалідністю, а це свідчить про занижені очікування щодо їхніх можливостей. Через стигму деякі батьки дітей з інвалідністю раніше воліли віддавати їх до спеціальних інтернатів або залишати вдома, остерігаючись булінгу чи неприйняття в звичайній школі. Хоча ситуація поступово змінюється – за даними ЮНІСЕФ, уже 75% українців позитивно ставляться до ідеї навчання дітей з інвалідністю у звичайних класах – упередження ще не подолано повністю. У шкільному середовищі це може проявлятися у формі соціальної ізоляції дитини з інвалідністю, упередженого ставлення окремих учителів чи батьків інших учнів. Суспільна думка інколи гальмує впровадження інклюзії, вимагаючи додаткових роз'яснень і просвітницької роботи. Тому боротьба з стереотипами та формування культури толерантності – важлива складова усунення бар'єрів на шляху до освіти [23, 34, 33].

Сегрегація та спадщина інституційної опіки. Історично склалося, що діти з інвалідністю були відокремлені від системи загальної освіти і навчалися в спеціальних школах-інтернатах. У країнах Східної Європи й досі спостерігається найвищий у світі рівень інституалізації дітей: дитина з інвалідністю майже в 17 разів частіше потрапляє до інтернату, ніж її однолітки без інвалідності. В Україні ця проблема також стояла дуже гостро: станом на початок 2022 року в інтернатних закладах України виховувалося понад 90 000 дітей (найвищий показник у Європі), причому майже половина з них – діти з інвалідністю. Масштабна система інтернатів, яка сформувалася ще за радянських часів, стала одним з найбільших бар'єрів для розвитку інклюзивної

освіти. Хоча у 2017 р. було проголошено курс на деінституціалізацію та розвиток інклюзії, практика «направлення» дітей з інвалідністю до спецзакладів все ще трапляється. Експерти зазначають, що окремі інтернатні установи зацікавлені зберегти контингент учнів і тому схильні «переманювати» дітей з особливими потребами, навіть якщо їх можна навчати в умовах громади. Це призводить до того, що діти втрачають можливість «нормального» навчання у суспільстві ровесників. Отже, доводиться долати не лише матеріальні чи людські бар'єри, а й інституційні: реформувати систему інтернатів, розбудовувати мережу підтримки в громадах, переконувати батьків у перевагах сімейного виховання і навчання в інклюзивному середовищі [65, 45].

Бар'єри, пов'язані з війною та надзвичайними ситуаціями. Окремо слід відзначити новітні виклики, що постали перед дітьми з інвалідністю в Україні у зв'язку з військовими діями. Повномасштабна війна, яка триває з 2022 року, негативно вплинула на доступ до освіти для всіх дітей, але особливо для найбільш уразливих категорій. Близько 3,7 тисяч освітніх закладів були зруйновані чи пошкоджені внаслідок обстрілів, багато сімей з дітьми з інвалідністю вимушено переїхали в інші регіони або за кордон. Евакуація таких дітей у кризових умовах виявилася вкрай складною: траплялися випадки, коли дітей з тяжкими порушеннями розвитку залишали в інтернатах без належного догляду під час поспішної евакуації персоналу. У тимчасових прихистках і закладах для переселенців також бракувало доступності – фізичної (відсутність пристосувань) та програмної (неможливість продовжувати навчання). Крім того, перехід на дистанційне навчання через пандемію COVID-19 і воєнні дії виявив цифрову нерівність: дистанційна освіта часто є недоступною для дітей з інвалідністю через відсутність спеціальних функцій у платформах, брак гаджетів чи підтримки дорослих. Діти, які мають порушення слуху, зору, інтелектуальні або множинні порушення, потребують адаптованих методів навчання онлайн, але не всі школи були до цього готові. Таким чином, воєнний стан та інші надзвичайні

ситуації накладаються на існуючі бар'єри, поглиблюючи нерівність. Відповіддю держави та міжнародних організацій стала низка ініціатив: створення освітніх центрів підтримки, спеціальних програм для дистанційної роботи з дітьми з ООП, психологічна допомога сім'ям тощо. Проте для подолання цих бар'єрів потрібні системні рішення на державному рівні – інтеграція питань інвалідності в усі плани реагування на надзвичайні ситуації та відбудову [65, 47, 27].

Підсумовуючи, основні бар'єри доступу до освіти дітей з інвалідністю можна згрупувати як фізичні (інфраструктурні), ресурсні, кадрові, ставленнєві (суспільні) та системні. В українському контексті ці перешкоди тісно переплетені з історичними чинниками (спадок інтернатної системи) та поточними викликами (війна, економічні труднощі). Міжнародний досвід демонструє, що подолання бар'єрів – це тривалий процес, який вимагає політичної волі, фінансування та зміни суспільної культури. Необхідно продовжити роботу над забезпеченням доступності, підготовкою педагогів, просвітою суспільства, щоб права дітей з інвалідністю на освіту реалізувалися повною мірою. Важливо, що усунення бар'єрів – це комплексне завдання, яке неможливо вирішити силами лише однієї сфери. Саме тому ключову роль відіграє мультидисциплінарний підхід – командна взаємодія фахівців різного профілю, що є предметом наступного підрозділу [49, 60, 47].

### **1.3 Роль мультидисциплінарної команди, зокрема ерготерапевта, у побудові інклюзивного середовища.**

Ефективна інклюзивна освіта спирається на принцип командної роботи: лише скоординовані дії різних фахівців дозволяють створити у закладі освіти середовище, дружнє для кожної дитини. Мультидисциплінарна команда в контексті інклюзивного навчання – це коло спеціалістів, які спільно планують, впроваджують та оцінюють індивідуальну програму розвитку дитини з особливими освітніми потребами. До такої команди зазвичай входять адміністрація школи, вчитель(і) класу, асистент вчителя, практичний психолог, вчитель-дефектолог або логопед, соціальний педагог, представники

інклюзивно-ресурсного центру (за потреби), батьки дитини, а також фахівці з медико-реабілітаційного напрямку – зокрема, ерготерапевт та інші (фізичний терапевт, лікар-фізіотерапевт тощо). Кінцева мета команди – максимально повна участь дитини в житті школи та успішність у навчанні, що досягається шляхом врахування всіх аспектів розвитку дитини: навчальних, фізичних, соціальних, емоційних [37, 14, 55, 42, 36]. Мультидисциплінарний підхід відповідає сучасній моделі розуміння інвалідності, за якою бар'єри виникають на перетині особливостей людини і навколишнього середовища. Відтак, подолання цих бар'єрів потребує зусиль як педагогів, так і фахівців інших галузей [21, 32].

Організація командної взаємодії в українських школах. В Україні діяльність шкільної команди супроводу дітей з ООП врегульована нормативно: з 2018 року діє Положення МОН про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими потребами, яке визначає її склад та функції. Команда супроводу збирає інформацію про особливості розвитку учня, його сильні сторони і труднощі, та спільно розробляє індивідуальну програму розвитку (ІПР) для цього учня. ІПР містить адаптації навчального процесу, цілі розвитку та перелік послуг (занять), які має отримувати дитина. До планування і реалізації ІПР залучені всі члени команди: вчитель відповідає за виконання освітньої програми з урахуванням рекомендацій, асистент вчителя допомагає дитині безпосередньо на уроках і в позаурочній діяльності (сприяє комунікації, допомагає виконувати завдання тощо), практичний психолог працює над емоційним станом та поведінковими навичками, вчителі-логопеди або дефектологи коригують розвиток мовлення чи інших навичок, соціальний педагог (або асистент дитини) забезпечує зв'язок з соціальними службами та підтримує сім'ю. Регулярні командні обговорення (консиліуми) дозволяють відстежувати прогрес дитини та вчасно коригувати стратегії навчання. Дослідження підтверджують, що за умови узгодженої командної роботи значно підвищується якість освіти для дітей з інвалідністю: зменшується кількість випадків відставання у навчанні,

поліпшуються соціальні навички учнів, знижується рівень тривожності у батьків. Таким чином, командний підхід виступає фундаментом інклюзивного середовища [22, 16].

Роль ерготерапевта в команді. Ерготерапевт (occupational therapist) – фахівець, який займається розвитком навичок повсякденного життя та адаптацією середовища під потреби людини – дедалі більше визнається невід’ємним членом мультидисциплінарної команди в освіті. Хоча професія ерготерапевта в українській освітній системі впроваджується поступово, нормативна база вже дозволяє залучати ерготерапевтів до надання корекційно-розвиткових послуг у школах (згідно з постановою КМУ № 88 від 14.02.2017 р., ерготерапевт включений до переліку фахівців, які можуть проводити такі заняття в закладах освіти). У команді супроводу ерготерапевт виконує низку важливих функцій, спрямованих на *побудову справді інклюзивного, безбар’єрного середовища*:

- Оцінювання середовища та потреб дитини. Ерготерапевт аналізує, наскільки шкільне середовище відповідає можливостям конкретної дитини. Він вивчає фізичний простір класу і школи (наявність пандусів, облаштування парти, освітлення, шумове тло тощо), а також вимоги навчальних занять (наприклад, потребу довго сидіти, писати ручкою, переміщатися між аудиторіями). На основі цього ерготерапевт визначає, які фактори заважають повноцінній участі учня з інвалідністю у навчальному процесі. Наприклад, дитині з порушеннями зору може бути потрібне спеціальне освітлення і збільшений шрифт підручників; учню з ДЦП – пристосоване крісло і пюпітр; дитині з аутизмом – передбачувана структура розкладу і мінімум відволікаючих стимулів. Провівши таку оцінку, ерготерапевт спільно з командою визначає оптимальні умови для навчання конкретного учня.

- Адаптація і модифікація середовища. Важливою компетенцією ерготерапевта є вміння *адаптувати предметно-просторове оточення* під потреби дитини. На практиці це означає внесення змін у класну кімнату, шкільні приміщення, навчальні матеріали. Ерготерапевт може рекомендувати

встановлення пандуса або поручнів, перестановку меблів для вільного переміщення колісного крісла, використання спеціальних технічних засобів (парта з регульованою висотою, крісло з додатковою підтримкою спини тощо). Для учнів з сенсорними порушеннями він добирає відповідні навчальні матеріали: тактильні посібники, аудіокниги, рельєфні карти тощо. Крім того, ерготерапевт часто пропонує *допоміжні технології*: комп'ютерні пристрої для альтернативної комунікації, спеціальні клавіатури, програмне забезпечення. За даними досліджень, правильне забезпечення учнів з інвалідністю допоміжними засобами значно покращує їх академічну успішність і залученість. Отже, ерготерапевт виконує роль експерта з універсального дизайну в освіті, роблячи школу доступною і зручною для всіх.

- Розвиток життєвих та навчальних навичок. Багато дітей з особливими потребами мають труднощі з виконанням повсякденних дій у школі – таких як писати, вирізати ножицями, самостійно їсти чи одягатися на фізкультуру, орієнтуватися в розкладі. Ерготерапевт працює над розвитком саме цих практичних навичок, адже вони є основою успішного навчання і незалежності. Зокрема, ерготерапевт може проводити з дитиною *заняття з дрібної моторики* (для покращення письма, малювання, маніпулювання предметами), тренувати навички самообслуговування (наприклад, навчити користуватися туалетом у школі, самостійно роздягатися/вдягатися, відкривати контейнер з їжею під час обіду). Якщо учень користується спеціальним обладнанням (ортези, слуховий апарат, комунікатор), ерготерапевт навчає дитину ефективно ним користуватися протягом шкільного дня. Усе це підвищує автономність дитини та зменшує залежність від постійної допомоги асистента. Дослідження, проведені в різних країнах, демонструють, що втручання ерготерапевтів у школі сприяє покращенню академічних досягнень і соціальної інтеграції учнів з ООП. Тому роль ерготерапевта – забезпечити розвиток тих навичок, які прямо впливають на здатність дитини вчитися разом з однолітками.

- Консультування педагогів і батьків. Ерготерапевт є сполучною ланкою між медициною та освітою, тому він надає цінні консультації іншим членам команди – вчителям, асистентам, батькам. Зокрема, ерготерапевт навчає педагогів, як краще організувати заняття для конкретної дитини: наприклад, робити часті короткі перерви для учня з синдромом дефіциту уваги, використовувати візуальний розклад для дитини з аутизмом, садити учня з порушеннями слуху ближче до джерела звуку тощо. Такі поради допомагають вчителям адаптувати методику викладання, не знижуючи освітніх стандартів. Батькам ерготерапевт може допомогти облаштувати домашнє середовище для виконання домашніх завдань, навчити вправам, які підтримуватимуть шкільні навички (наприклад, вправи для зміцнення м'язів руки, щоб краще писати). Через консультування та тренінги ерготерапевт підвищує компетентність усіх учасників освітнього процесу щодо інклюзії. Успішний приклад – коли рекомендації ерготерапевта впроваджуються системно: скажімо, створення “сенсорної кімнати” у школі для розвантаження дітей із сенсорними перевантаженнями або проведення для персоналу майстер-класів з технік безпечного переміщення дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Завдяки такому обміну знаннями інклюзивне середовище стає стійкішим і менш залежним від окремих осіб.

- Моніторинг та участь у корекційно-розвиткових заняттях. Ерготерапевт разом з іншими фахівцями відстежує прогрес дитини за ІПР. Якщо певні цілі не досягаються, він пропонує нові стратегії чи додаткові втручання. Наприклад, якщо через пів року навчання учень з порушеннями моторики все ще не може писати ручкою – ерготерапевт може ініціювати використання планшета для набору тексту або змінити підхід до навчання письма. Крім того, ерготерапевт може безпосередньо проводити корекційно-розвиткові заняття з дитиною у школі (індивідуальні або у малих групах) – наприклад, заняття з сенсорної інтеграції, розробки рухливості суглобів, тренування координації. Такі заняття відбуваються у визначений розкладом час і є частиною освітнього процесу, компенсуючи дитині те, чого вона не

отримує на звичайних уроках. У підсумку, постійна присутність ерготерапевта у команді дозволяє гнучко реагувати на зміни в стані дитини та потреби, що виникають, забезпечуючи безперервну підтримку [23, 3, 56].

Міжнародний досвід і доказова база. У розвинених системах освіти роль мультидисциплінарної команди давно визнана критично важливою для інклюзії. Приміром, у США для кожного учня з особливими потребами розробляється *Індивідуальна освітня програма (IEP)* командою, до якої обов'язково входять шкільні фахівці і батьки, а за потреби – терапевти (ерго-чи фізичні) та інші спеціалісти. У країнах ЄС також впроваджені системи раннього втручання та командного супроводу: в Італії, яка є піонером інклюзивної освіти, ще з 1970-х років майже всі діти з інвалідністю навчаються у звичайних школах, при цьому школа забезпечує необхідний штат фахівців підтримки (в тому числі терапевтів). Досвід цих країн демонструє, що інвестиції у мультидисциплінарну підтримку дають результат – учні з інвалідністю не лише успішно опановують навчальні програми, а й у майбутньому краще інтегруються в суспільство. Наукові дослідження також підтверджують ефективність такого підходу. Зокрема, недавній систематичний огляд (Seoane-Martín M.E. та співавт., 2023) щодо ролі ерготерапевтів у початковій школі показав, що втручання ерготерапевта у шкільному середовищі сприяє більш активній і успішній участі дітей з особливими потребами в навчанні, а ефективна реалізація потребує тісної співпраці з боку педагогів та адміністрації. Тобто, наявність у школі кваліфікованого ерготерапевта й інших фахівців значно розширює потенціал інклюзії. ВООЗ і ЮНІСЕФ у своїх рекомендаціях також наголошують на необхідності міжсекторної співпраці: *«інклюзивна освіта вимагає системного залучення освітян, медичних та соціальних служб для комплексної підтримки дитини»* – підхід, який лежить в основі програм раннього втручання та інклюзивного навчання в усьому світі [12, 58, 10].

В українських реаліях мультидисциплінарна команда тільки набуває повного розвитку. Поступово розширюється мережа інклюзивно-ресурсних

центрів (ІРЦ) – установ, що проводять комплексну оцінку розвитку дитини та надають рекомендації школам і батькам. Фахівці ІРЦ (де працюють психологи, логопеди, дефектологи, іноді реабілітологи чи ерготерапевти) фактично є зовнішнім розширенням шкільної команди, допомагаючи визначити оптимальні умови навчання дитини. Важливим кроком стало впровадження посад асистентів дитини у школах – соціальних працівників, які за потреби супроводжують учнів з тяжкими порушеннями (особливо комплексними) і допомагають їм як у навчанні, так і в побутових питаннях у школі. Це знімає частину навантаження з учителя й дозволяє приділити дитині більше індивідуальної уваги. Проте виклики залишаються: не у всіх школах є повний штат спеціалістів, часто одна людина поєднує кілька ролей (наприклад, психолог виконує і функції соціального педагога), бракує фахівців з ерготерапії, особливо в сільській місцевості. Для розв’язання цих проблем держава затвердила Національну стратегію розвитку інклюзивного навчання до 2029 року, яка передбачає підготовку кадрів і розвиток мультидисциплінарного підходу<sup>e</sup>. Очікується, що реалізація цієї стратегії сприятиме залученню більшої кількості ерготерапевтів та інших фахівців у шкільну сферу, а також створенню ресурсних центрів безбар’єрності в освіті [24, 61, 20].

Підсумовуючи, мультидисциплінарна команда є серцем інклюзивного середовища. Від злагодженості її роботи залежить, чи перетворяться хороші наміри інклюзії на реальні результати для дитини. Ерготерапевт у цій команді виконує унікальну роль – він «перекладає» особливі потреби дитини мовою конкретних рішень у просторі та діяльності, тим самим *усуваючи бар’єри, які заважають навчанню*. У співпраці з учителями та родиною ерготерапевт допомагає дитині опанувати необхідні навички та стати максимально самостійною і залученою. Міждисциплінарний підхід забезпечує цілісний погляд на розвиток учня: коли різні фахівці доповнюють один одного, жоден аспект потреб дитини не лишається поза увагою. Така команда також виконує просвітницьку функцію – формує в школі культуру прийняття і підтримки, де

різноманітність сприймається як норма. Як зазначається в міжнародних рекомендаціях, *«інклюзивна школа – це школа, де працює команда, об'єднана спільним баченням успіху кожного учня»*. Для України рух до такої моделі означає інвестування в підготовку кадрів, розвиток служб підтримки та обмін кращими практиками. У довгостроковій перспективі мультидисциплінарний підхід, зокрема із залученням ерготерапевтів, сприятиме не лише академічним успіхам дітей з інвалідністю, а й їхній подальшій соціалізації, працевлаштуванню та повноцінній участі у житті громади. Це відповідає як національній стратегії безбар'єрності, так і глобальним цілям сталого розвитку, що проголошують якісну освіту для всіх без винятку. Таким чином, мультидисциплінарна команда – це основа побудови інклюзивного середовища, а її ефективна діяльність є запорукою реалізації прав дітей з інвалідністю на освіту та розвиток [29, 18, 26].

### **Висновки для розділу 1.**

Проведений теоретичний аналіз дає змогу зробити низку важливих висновків щодо становлення та розвитку інклюзивної освіти, а також ключової ролі мультидисциплінарної команди зокрема ерготерапевта у створенні доступного освітнього середовища.

По-перше, інклюзивна освіта сьогодні є загальноновизнаним міжнародним стандартом, який ґрунтується на принципах рівності, участі та універсального дизайну. Основою сучасної інклюзії стали міжнародні документи – зокрема Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, Саламанкська декларація, Цілі сталого розвитку ООН до 2030 року. Вони зобов'язують держави забезпечувати навчання всіх дітей, у тому числі з інвалідністю, у системі загальної освіти. Концепції універсального дизайну та освітньої справедливості (equity) доповнюють підхід до інклюзії як до системної трансформації освіти [65, 24,49].

По-друге, в українському контексті спостерігається прогресивна еволюція інклюзивної політики: від поодиноких експериментів до нормативного закріплення інклюзії як обов'язкового елементу освітньої

системи. Законодавство України, починаючи з 2017 року, чітко визначає права дітей з особливими освітніми потребами на навчання в загальноосвітніх закладах, передбачає створення інклюзивно-ресурсних центрів, індивідуальних програм розвитку, залучення фахівців підтримки. Статистика останніх років свідчить про суттєве зростання кількості інклюзивних класів і учнів з ООП, що демонструє динаміку системної зміни.

По-третє, попри нормативну базу, інклюзивна освіта стикається з низкою бар'єрів: архітектурних, інформаційних, ресурсних, кадрових, суспільних і системних. Найбільш поширені перешкоди включають фізичну недоступність освітніх закладів, недостатнє фінансування, брак кваліфікованих фахівців, стереотипне ставлення до дітей з інвалідністю та наслідки інституалізації. В умовах війни ці бар'єри ускладнюються кризовими обставинами, що особливо загострює потребу у міжгалузевій підтримці [46, 40, 31].

По-четверте, подолання зазначених бар'єрів можливе лише за умов ефективної роботи мультидисциплінарної команди, яка об'єднує фахівців освіти, медицини, соціальної роботи та реабілітації. Центральну роль у такій команді може відігравати ерготерапевт – спеціаліст, орієнтований на розвиток навичок повсякденного життя та адаптацію середовища під потреби дитини. Ерготерапевт здатен виявляти та усувати бар'єри участі дитини в освітньому процесі, пропонувати рішення для підвищення її самостійності та залучення, проводити корекційні заняття та консультувати педагогів і батьків. Його присутність у шкільному середовищі значно розширює можливості інклюзивної практики.

Отже, теоретичне підґрунтя інклюзивної освіти свідчить про її соціальну значущість і практичну необхідність. Успішна реалізація інклюзії в Україні вимагає не лише дотримання міжнародних стандартів і впровадження законодавчих норм, а й формування стійкої команди підтримки дитини. У цьому процесі важливо посилити роль фахівців з ерготерапії як ключових

агентів доступності, що забезпечують цілісність підходу та ефективну участь кожної дитини в освітньому середовищі [35, 6, 30, 54, 36].

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **2.1 Аналіз спеціальної та науково-методичної літератури**

У процесі підготовки дослідження було проведено аналіз сучасної спеціальної, науково-методичної та нормативної літератури з питань інклюзивної освіти, реабілітації, участі ерготерапевтів у шкільному середовищі. Вивчено міжнародні документи, національні закони, наукові статті та публікації фахових організацій (ЮНІСЕФ, WHO, Save the Children тощо), що дозволило сформувати теоретичне підґрунтя дослідження, уточнити понятійний апарат і визначити сучасні тенденції розвитку інклюзивного шкільного середовища.

### **2.2 Опитування батьків щодо доступності шкільного середовища**

З метою виявлення реального стану доступності шкільного середовища для дітей з інвалідністю було проведено анонімне опитування батьків. Опитування проводилося онлайн серед батьків дітей, які навчаються у загальноосвітніх закладах (державних і приватних). Батьки відповідали на запитання, що стосуються фізичної доступності школи, наявності інфраструктури, адаптацій освітнього процесу, ставлення педагогів до дітей з ООП та рівня підтримки з боку школи.

### **2.3 Анкета для виявлення проблем та бар'єрів у шкільній інклюзії (фізичне середовище, навчальна адаптація, ставлення вчителів)**

Анкета містила три блоки питань: 1) фізичне середовище (наявність пандусів, ліфтів, адаптованих меблів тощо); 2) навчальна адаптація (індивідуалізація завдань, гнучкість розкладу); 3) ставлення вчителів (комунікація, підтримка, готовність до змін). Питання мали шкалу оцінювання від 1 до 5, що дозволило здійснити кількісний аналіз, а також відкриті питання для якісної оцінки досвіду.

### **2.4 Оцінка (спостереження) шкільного середовища (приватної школи)**

Паралельно з анкетуванням було проведено спостереження за умовами навчання у двох закладах: державній школі і приватному освітньому закладі.

Використовувався чек-лист оцінювання доступності за такими критеріями: архітектурна доступність, сенсорна організація, наявність адаптацій, залучення ерготерапевта, просторові рішення. Спостереження проводилися в класах, коридорах, їдальні, санвузлах тощо. Результати дозволили порівняти практики організації інклюзивного середовища у різних типах шкіл.

## **2.5 Організація дослідження**

Дослідження проводилося у березні–квітні 2025 року. Добірка респондентів здійснювалася методом цілеспрямованого вибору. Загалом було опитано 40 батьків, з них 25 – у державній школі та 15 – у приватній. Спостереження за середовищем проводилося дослідником безпосередньо у школах протягом кількох днів. Додатково були зібрані фотографії, фрагменти адаптаційних планів та консультації з адміністрацією. Усі етапи дослідження відбувалися з дотриманням етичних норм та конфіденційності.

**Перший етап (вересень – грудень 2023 р.)** був присвячений вивченню наукових, методичних та нормативних джерел з питань інклюзивної освіти, безбар'єрності, участі ерготерапевтів у шкільному середовищі. Проведений аналіз дозволив уточнити науковий апарат дослідження, обґрунтувати його актуальність, сформулювати мету та завдання, а також визначити методологічну основу для подальшої роботи.

**Другий етап (січень – травень 2024 р.)** передбачав організаційну підготовку до проведення емпіричного дослідження. Було розроблено структуру анкети для батьків дітей з інвалідністю, підготовлено інструменти для спостереження за умовами інклюзивного навчання, визначено контингент респондентів, а також заклади, у яких проводилося спостереження (державна та приватна школи).

**Третій етап (травень – жовтень 2024 р.)** охоплював збір емпіричних даних. Було проведено анкетування батьків щодо доступності шкільного середовища, зібрано інформацію про бар'єри в освітньому процесі, а також здійснено спостереження за організацією інклюзивного середовища в навчальних закладах. Проведено первинну обробку отриманих даних та

виявлено ключові проблеми, що впливають на участь дітей з інвалідністю у шкільному житті.

**Четвертий етап (січень – квітень 2025 р.)** був присвячений аналізу та узагальненню результатів дослідження. Було здійснено порівняльний аналіз ситуації в різних типах шкіл, узагальнено дані анкетування і спостережень, сформульовано висновки щодо бар'єрів доступності та ролі фахівців, зокрема ерготерапевтів, у їх подоланні. Основні результати дослідження були представлені на наукових заходах та використані для формування практичних рекомендацій щодо розвитку інклюзивного середовища в освітніх закладах України.

### **РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЬ УЧАСТІ ЕРГОТЕРАПЕВТА У ФОРМУВАННІ ДОСТУПНОГО ШКІЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА: ВІД АНАЛІЗУ БАР'ЄРІВ ДО ПРАКТИЧНИХ РІШЕНЬ**

Сучасна система інклюзивної освіти в Україні перебуває на етапі активного становлення, що потребує не лише законодавчих змін, а й реальних структурних трансформацій у середовищі навчання. З огляду на це, актуальним є питання про участь фахівців реабілітаційного профілю, зокрема ерготерапевтів, у процесі формування доступного простору для дітей з інвалідністю, особливо з розладами аутистичного спектра (РАС).

У цьому розділі представлено спробу побудови моделі участі ерготерапевта у покращенні освітнього середовища на основі виявлення існуючих бар'єрів (через опитування батьків) та аналізу міжнародного досвіду адаптацій. Дослідження має на меті не лише окреслити проблемні зони, а й запропонувати конкретні інтервенції, які можуть бути реалізовані у закладах освіти з урахуванням українського контексту.

#### **3.1 Аналіз результатів анкетування батьків для виявлення проблем та бар'єрів у шкільній інклюзії**

У табл. 3.1 представлені результати анкетування батьків дітей з інвалідністю, що дають уявлення про різні аспекти їхнього досвіду інклюзивного навчання. Дані таблиці охоплюють широкий спектр тем, починаючи від загальної інформації про дітей та типи інвалідності, до оцінки рівня підтримки та бар'єрів, з якими стикаються діти, та ролі ерготерапевта в освітньому процесі.

**Таблиця 3.1** – Результати анкетування батьків щодо інклюзивного середовища для дитини з інвалідністю

№	Загальна інформація	Відповідь кіл. осіб(%)
1.	Вік дитини:	7-10 років
2.	Стать дитини:	20 д. /30 х. (40/60)

3.	Клас/рік навчання:	1 клас – 10 осіб (20%) 2 клас 10 осіб (20%) 3 клас 20 осіб (40%) 4 клас 10 осіб (20%)
4.	Тип навчального закладу:	Загальноосвітня школа 10 (20%) Інклюзивний клас у ЗОШ 26 (52%) Спеціальна школа 8 (16%) Приватна школа 2 (4%) Домашнє/індивідуальне навчання 4 (8%)
5.	Тип інвалідності вашої дитини (можна обрати кілька)	Порушення зору 4 (8%) Порушення слуху 6 (12%) Порушення опорно-рухового апарату 14 (28%) Розлади спектру аутизму (РСА) 20 (40%) Інтелектуальні порушення 12 (24%): Хронічні захворювання 9 (18%) Комбінована інвалідність 7 (14%)
<b>Освітній досвід та інклюзія</b>		
6.	Як довго ваша дитина навчається в інклюзивному середовищі?	Менше року 6 (12%) 1–3 роки 22 (44%) Більше 3 років 16 (32%) Не навчається в інклюзивному середовищі 6 (12%)
7.	Оцініть рівень підтримки, який отримує ваша дитина у школі (1 – дуже низький, 5 – дуже високий):	1 6 (12%) 2 9 (18%) 3 15 (30%) 4 12 (24%) 5 8 (16%)
8.	Чи забезпечена ваша дитина індивідуальною	Так 22 (44%) Ні 17 (34%) Не знаю 11 (22%)

	програмою розвитку (ІПР)?		
9.	Чи є у вашій дитини асистент вчителя / тьютор?	Так, постійно	5 (30%)
		Так, але не завжди	10 (20%)
		Ні	17 (34%)
		Потребує, але не має	8 (16%)
10.	Як ви оцінюєте підготовку педагогічного персоналу до роботи з дітьми з інвалідністю?	Високий рівень	6 (12%)
		Середній	18 (36%)
		Низький	20 (40%)
		Важко відповісти	6 (12%)
<b>Доступність і бар'єри</b>			
11.	Які бар'єри ви вважаєте основними у навчальному процесі вашої дитини? <i>(можна обрати кілька)</i>	Архітектурні (відсутність пандусів, ліфтів тощо)	21 (42%)
		Комунікаційні (мовний бар'єр, відсутність жестової мови)	14 (28%)
		Освітні (неадапована програма, підручники)	24 (48%)
		Соціальні (ставлення вчителів, учнів)	18 (36%)
		Психологічні (страх, ізоляція)	15 (30%)
		Інше	4 (8%)
12.	Наскільки доступне ваше освітнє середовище для дитини?	Повністю доступне	6 (12%)
		Частково доступне	26 (52%)
		Недоступне	12 (24%)
		Важко відповісти	6 (12%)
13.	Що, на вашу думку, найбільше впливає на ефективність інклюзії?	Професійна підготовка вчителів	18 (36%)
		Матеріально-технічне забезпечення	12 (24%)
		Наявність підтримуючого персоналу (асистенти, психологи)	14 (28%)
		Роль батьків	4 (8%)

		Роль ерготерапевта	6 (12%)
		Інше	3 (6%)
<b>Роль ерготерапевта</b>			
14.	Чи чули ви раніше про фахівця «ерготерапевт»?	Так	13 (26%)
		Ні	37 (74%)
15.	Якщо так, то як оцінюєте роль ерготерапевта в освітньому процесі?	Дуже важлива	6 (46%)
		Важлива	4 (31%)
		Сумнівна	2 (15%)
		Не розумію, чим займається	1 (8%)
16.	Чи потрібен, на вашу думку, ерготерапевт у школі для дітей з інвалідністю?	Так	34 (68%)
		Ні	5 (10%)
		Важко сказати	11 (22%)
17.	У яких аспектах навчання ерготерапевт міг би допомогти вашій дитині?	Адаптація робочого місця	25 (50%)
		Навички самообслуговування	22 (44%)
		Комунікація	20 (40%)
		Соціалізація	18 (36%)
		Мотивація до навчання	14 (28%)
		Інше	6 (12%)
<b>Додаткові коментарі</b>			
18.	Поділіться, будь ласка, своїм досвідом або побажаннями щодо покращення інклюзивного навчання:	Брак підготовки вчителів:	11 (22%)
		Відсутність інфраструктури	14 (28%)
		Недостатня кількість спеціалістів	12 (24%)
		Стигматизація та соціальні бар'єри	9 (18%)
		Формальний підхід до ІПР	8 (16%)
		Проблеми з транспортом	6 (12%)
		Потреба у підтримці сім'ї	7 (14%)
		Брак інформації про права	8 (16%)

		Позитивний досвід	4 (8%)
--	--	-------------------	--------

Усі респонденти були дітьми віком від 7 до 10 років. Цей віковий проміжок є критичним для розвитку дитини, саме в ньому відбуваються важливі етапи формування основних навчальних та соціальних навичок. Діти цього віку розпочинають здобувати базові знання з різних навчальних предметів, а також активно освоюють соціальні ролі в колективі. Саме в цей час інклюзивне навчання може мати важливий вплив на дитину, оскільки вона починає взаємодіяти з однолітками та вчителями в більш структурованому навчальному середовищі. Вибір цього вікового діапазону для анкетування є важливим, адже на ньому можна оцінити, як адаптоване навчання допомагає дітям з інвалідністю засвоювати знання на знання ранніх етапах навчання.

Розподіл респондентів за статтю вказує на те, що серед опитаних дітей переважають хлопці (60%), важливо підкреслити, що діти різної статі можуть мати різні потреби в соціалізації та адаптації до навчання в інклюзивному середовищі. На загал, хлопці та дівчата можуть мати різні способи адаптації до навчального процесу, а також різні рівні залученості в колективну діяльність. Це може бути зумовлене як біологічними, так і соціокультурними чинниками. У контексті інклюзивного навчання варто зазначити, що дівчата, як правило, мають більш високу соціальну адаптацію в порівнянні з хлопцями, що може полегшувати їх інтеграцію в загальний клас. Інклюзивні класи в загальноосвітніх школах займають найбільшу частку серед усіх типів навчальних закладів (52%). Це свідчить про загальну тенденцію до інтеграції дітей з інвалідністю в загальний освітній процес. У дослідженні спеціальні школи займають 16% серед типів навчальних закладів. Цей тип навчання передбачає повну ізоляцію дітей з інвалідністю від загального освітнього процесу, тобто вони навчаються в окремих закладах, що спеціалізуються на роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Перевагою спеціальних шкіл є висока спеціалізація педагогічного процесу, адаптація програми до потреб учнів, а також наявність необхідних допоміжних технологій та обладнання.

Приватні школи займають лише 4% у загальному розподілі. Цей тип навчальних закладів зазвичай орієнтований на надання освітніх послуг за індивідуальними програмами, що можуть бути адаптовані під потреби дітей з інвалідністю. Приватні школи часто мають менші класи та більш індивідуалізований підхід до навчання. Однак через високу вартість навчання та обмежені ресурси, цей тип навчального закладу доступний не всім сім'ям. Приватні навчальні заклади можуть надавати більш гнучку програму навчання, що дозволяє краще враховувати особливості розвитку дитини з інвалідністю. Вони також можуть мати більш високу рівень персоналізованої підтримки, що може бути корисним для дітей з більш складними потребами. Однак доступність таких закладів для більшості дітей з інвалідністю є обмеженою через фінансові фактори. Домашнє або індивідуальне навчання займає 8% серед типів навчальних закладів. Цей варіант навчання забезпечує найбільшу гнучкість у підходах до освітнього процесу, що особливо важливо для дітей, які з різних причин не можуть брати участь у загальному або інклюзивному навчанні. Це може бути варіантом для дітей, які мають тяжкі порушення здоров'я, потребують особливої медичної допомоги підтримки чи мають специфічні потреби, що вимагають індивідуального підходу. Домашнє навчання дозволяє створити максимально комфортні умови для дитини, але, з іншого боку, обмежує соціальні взаємодії та може бути менш ефективним у формуванні комунікативних навичок та здатності до роботи в колективі. У пункті щодо причини діагнозу дитини порушення зору було у 8% дітей. Порушення зору є одним з поширених типів інвалідності серед дітей. Вони можуть варіюватися від легких до тяжких форм сліпоти та зниження зору. Такі діти часто потребують спеціалізованих підручників, тактильних карток, а також допоміжних технологій, таких як екранні читачі або адаптовані комп'ютерні програми для читання. Сучасні методи навчання таких дітей також включають навчання через слух і тактильні відчуття, що дозволяє компенсувати втрату зору. Порушення слуху (12%), діти з порушеннями слуху часто стикаються з труднощами в усному спілкуванні та сприйнятті

інформації через слух. Це вимагає використання жестової мови, спеціальних слухових апаратів або імплантів, а також активного використання візуальних і тактильних методів для навчання. Більшість таких дітей можуть отримати значний прогрес за умови своєчасної корекції слуху та правильного використання адаптованих навчальних матеріалів. Порушення опорно-рухового апарату (28%), діти з порушеннями опорно-рухового апарату можуть мати різні форми фізичних обмежень, які впливають на їх здатність рухатись або виконувати певні фізичні завдання. Ці порушення можуть включати параліч, артрит, порушення постави або деформації суглобів. Для таких дітей важливі інклюзивні навчальні програми, що враховують їх фізичні навички, а також надання допомоги через використання реабілітаційних пристосувань, таких як крісла колісні або ортопедичні засоби для підтримки рухливості. Розлади спектру аутизму (40%), ця категорія включає різноманітні порушення, які впливають на комунікацію, соціальну взаємодію та поведінку. Діти з аутизмом часто мають специфічні потреби в навчанні, що вимагає розробки індивідуальних навчальних планів та адаптацій. Використання візуальних засобів навчання, структурованих підходів та терапевтичних методик, таких як розвиток комунікативних навичок через терапію ігор, є важливими складовими навчання таких дітей. Хронічні захворювання, інтелектуальні порушення та комбіновані інвалідності також складають значну частину дітей з інвалідністю, а саме 18%, 24%, 14% відповідно. Хронічні захворювання можуть вимагати постійної медичної підтримки та регулярного відстеження стану здоров'я. Інтелектуальні порушення можуть варіювати від легкого до важкого ступеня, що визначає індивідуальний підхід до навчання і терапії. Комбіновані інвалідності включають декілька різних порушень, що значно ускладнює навчання і вимагає комплексного підходу, включаючи фізичну, емоційну та когнітивну підтримку. В розділі «Освітній досвід та інклюзія» у пункті «Тривалість навчання в інклюзивному середовищі» більшість дітей (44%) навчаються в інклюзивних середовищах від 1 до 3 років, що вказує на те, що інклюзія в освіті активно розвивається і стає все більш популярною в

Україні. Однак, 12% дітей досі не мають можливості навчатися в інклюзивному середовищі, що свідчить про необхідність подальшого розвитку інклюзивної освіти та підготовки педагогів до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. Рівень підтримки, батьки оцінили на різних етапах навчання, і 30% з них відзначають, що підтримка знаходиться на середньому рівні (3), що вказує на необхідність вдосконалення доступу до ресурсів, які сприяють інклюзивному навчанню. Це включає надання додаткових навчальних матеріалів, адаптацію класних кімнат, а також кваліфіковану допомогу від асистентів або спеціалізованих педагогів. 44% дітей мають ІПР, що є важливим інструментом для адаптації навчального процесу під конкретні потреби дитини. ІПР дозволяє врахувати особливості розвитку кожної дитини та забезпечити індивідуальний підхід у навчанні, що підвищує ефективність і досяжність освітніх результатів. У пункті «Основні бар'єри», серед відповідей 48% респондентів зазначили, що основною проблемою є неадаптовані програми та підручники, що ускладнює здобуття знань <b30>дітей з інвалідністю. Інші бар'єри включають архітектурні проблеми (42%), такі як недоступність будівель для дітей з моторними проблемами, соціальні бар'єри (36%), які виникають через стереотипи або відсутність інтеграції в колектив, а також психологічні бар'єри (30%), зокрема страх перед змінами або відсутність підтримки з боку педагогів та однокласників. Щодо доступності освітнього середовища - 52% батьків вважають, що середовище є частково доступним, що свідчить про необхідність подальших зусиль для усунення фізичних, соціальних та психологічних бар'єрів в освітніх закладах, щоб забезпечити повноцінну інклюзію та інтеграцію дітей з інвалідністю. Розділ: «Роль ерготерапевта» показав, що лише 26% батьків мають інформацію про ерготерапевта, що вказує на необхідність підвищення обізнаності серед батьків і педагогів про важливість цієї професії для розвитку дітей з інвалідністю. 68% батьків вважають, що ерготерапевт є важливим для адаптації навчального процесу та розвитку дітей. Ерготерапевт може допомогти у розробці індивідуальних програм, адаптації робочого місця,

навчанні навичок самообслуговування та поліпшенні комунікаційних навичок, що є важливим для дітей з інвалідністю.

Основні аспекти допомоги, на яких наголошують батьки, включають адаптацію робочого місця (50%), розвиток навичок самообслуговування (44%) та комунікації (40%). Ці сфери є ключовими для забезпечення ефективного навчання та соціальної адаптації дітей з інвалідністю в освітньому процесу. У розділі «Додаткові коментарі» батьки поділилися своїми переживаннями та оцінками щодо різних аспектів інклюзивного навчання для дітей з інвалідністю. Зібрані від батьків, висвітлюють важливі проблеми, з якими вони стикаються, а також допомагають зрозуміти напрямки для покращення освітнього процесу. Пункт «Брак підготовки вчителів» був обраний - 22% батьків як дуже вагомий виклик. 22% респондентів зазначили, що педагоги мають належні знання і навички для того, щоб адекватно реагувати на потреби таких учнів. Часто відсутність спеціальних знань призводить до того, що діти не можуть отримати максимально ефективну допомогу. Вчителі не завжди знають, як адаптувати навчальні матеріали чи змінити методи викладання, щоб вони були зрозумілі та доступні для дітей з різними видами інвалідності. «Відсутність інфраструктури» - 28% батьків вказали що інфраструктура навчальних закладів для дітей з інвалідністю залишається недостатньо розвиненою. Батьки зазначають, що відсутність спеціалізованих приміщень, пандусів, ліфтів та інших необхідних пристосувань значно ускладнює процес навчання. 24% батьків висловили занепокоєння щодо недостатньої кількості кваліфікованих спеціалістів, які могли б надавати підтримку дітям з інвалідністю в навчальному процесі. Часто відсутність асистентів вчителів, психологів або корекційних педагогів призводить до того, що дітям не вистачає індивідуальної уваги та належної підтримки в процесі навчання. Це негативно впливає на їхній розвиток і може затруднити адаптацію до шкільного середовища. Не менш важливою є проблема стигматизації дітей з інвалідністю. 18% батьків відзначили, що їхні діти часто стикаються з непорозумінням з боку однолітків або навіть учителів. Це призводить до

соціальної ізоляції, зниження самооцінки та страху відкинутими. У результаті діти не отримують належної підтримки в інтеграції в колектив, що створює бар'єри для їхнього соціального та емоційного розвитку. Ще однією проблемою є формальний підхід до ПІР. 16% батьків вказують на те, що ПІР часто складаються без належного врахування реальних потреб дитини, а також без достатньої взаємодії з іншими фахівцями. Це призводить до того, що програми не завжди є ефективними і не забезпечують повного розвитку дитини. Проблеми з транспортом також є важливим аспектом, з яким стикаються багато родин. 12% батьків вказали на те, що транспортування дітей до навчальних закладів є проблематичним, особливо в тих випадках, коли навчальний заклад знаходиться далеко або не має спеціальних транспортних засобів для дітей з інвалідністю. Це може обмежувати доступ дітей до освіти та створювати додаткові труднощі для сімей. Не менш важливим аспектом є потреба в підтримці з боку сім'ї. 14% батьків відзначають, що для досягнення успіху в навчанні їхні діти потребують не тільки професійної підтримки вчителів та спеціалістів, але й активної участі батьків у навчальному процесі. Це може включати допомогу в освоєнні навчальних матеріалів вдома, а також створення належних умов для розвитку дитини в позашкільний час. 16% батьків висловили занепокоєння щодо відсутності достатньої інформації про права дітей з інвалідністю та можливості, які надаються їм у рамках інклюзивного навчання. Додатково, важливим є розвиток підтримки з боку сім'ї та покращення інформованості про права дітей з інвалідністю.

**Таблиця 3.2** – Результати анкетування батьків щодо доступності та безбар'єрності шкільного середовища

№	Показник	Бал				
		1	2	3	4	5
<b>Архітектурна доступність</b>						
1	Наявність пандусів, їх кут нахилу та безпечність	30% (15)	20% (10)	25% (12)	15% (7)	10% (5)
2	Ширина дверей/коридорів (доступність для крісла колісного)	20% (10)	25% (12)	30% (15)	20% (10)	5% (2)

3	Наявність ліфтів або підйомників	70% (35)	20% (10)	8% (4)	2% (1)	0% (0)
4	Наявність поручнів у коридорах та туалетах	50% (25)	30% (15)	10% (5)	8% (4)	2% (1)
5	Висота дверних порогів	25% (12)	35% (17)	20% (10)	15% (7)	5% (2)
6	Доступність до навчальних кабінетів (на якому поверсі, чи є альтернатива)	35% (17)	25% (12)	20% (10)	15% (7)	5% (2)
<b>Навчальне середовище</b>						
7	Висота парт і стільців (чи регулюються, чи адаптовані)	20% (10)	20% (10)	30% (15)	20% (10)	10% (5)
8	Розташування учня з інвалідністю у класі (видимість дошки, доступ до вчителя)	15% (7)	20% (10)	30% (15)	25% (12)	10% (5)
9	Освітлення та шумове навантаження в класі	10% (5)	25% (12)	35% (17)	20% (10)	10% (5)
10	Наявність візуальних підказок (пиктограми, навігація)	40% (20)	30% (15)	15% (7)	10% (5)	5% (2)
11	Доступ до шкільної бібліотеки, їдальні, спортзалу	20% (10)	25% (12)	30% (15)	15% (7)	10% (5)
<b>Соціальна інтеграція</b>						
12	Доступність взаємодії з однолітками	10% (5)	20% (10)	35% (17)	25% (12)	10% (5)
13	Ставлення вчителя до дитини з інвалідністю	8% (4)	20% (10)	40% (20)	25% (12)	7% (3)
14	Наявність тьютора або асистента	35% (17)	25% (12)	25% (12)	10% (5)	5% (2)
15	Чи бере дитина участь у спільних заходах (уроки, свята, гуртки)	10% (5)	20% (10)	30% (15)	25% (12)	15% (7)
<b>Навчальні матеріали</b>						
16	Адаптація підручників або завдань	30% (15)	25% (12)	25% (12)	15% (7)	5% (2)
17	Чи використовуються допоміжні засоби (комп'ютер, планшет, тощо)	40% (20)	25% (12)	20% (10)	10% (5)	5% (2)
18	Чи є альтернативні методи перевірки знань (не через письмові контрольні)	45% (22)	30% (15)	15% (7)	5% (2)	5% (2)
<b>Функціональна автономія</b>						

19	Чи може дитина самостійно пересуватися по школі	25% (12)	30% (15)	25% (12)	15% (7)	5% (2)
20	Доступ до туалету/роздягальні	15% (7)	25% (12)	30% (15)	20% (10)	10% (5)
21	Навички самообслуговування в шкільному контексті (харчування, організація речей)	20% (10)	25% (12)	30% (15)	20% (10)	5% (2)
<b>Психоемоційне середовище</b>						
22	Виявлення ознак тривожності або ізоляції	30% (15)	25% (12)	25% (12)	15% (7)	5% (2)
23	Наявність безпечного простору для відпочинку	50% (25)	25% (12)	15% (7)	8% (4)	2% (1)
24	Емоційна атмосфера в класі (рівень стресу, підтримка)	10% (5)	25% (12)	30% (15)	20% (10)	15% (7)
<b>Участь родини</b>						
25	Чи враховуються побажання батьків	8% (4)	15% (7)	35% (17)	30% (15)	12% (6)
26	Наявність комунікації між родиною та вчителями	5% (2)	10% (5)	30% (15)	40% (20)	15% (7)
27	Включення батьків у розробку ІПР	5% (2)	10% (5)	30% (15)	35% (17)	20% (10)
28	<b>Загальна оцінка доступності школи</b>	10% (5)	20% (10)	35% (17)	25% (12)	10% (5)

*Примітка: 1 - критично недоступний рівень доступності та безбар'єрності; 2 - дуже обмежений рівень доступності та безбар'єрності; 3 - задовільний рівень доступності та безбар'єрності; 4 – достатній рівень доступності та безбар'єрності; 5 - високий рівень доступності та безбар'єрності.*

У пункті «Архітектурна доступність» (табл. 3.2) результати показали що:

- Наявність пандусів: 30% респондентів оцінили їх на рівні 1 (критично недоступний рівень), що свідчить про проблеми з пандусами в багатьох школах. Дещо краще оцінюється їх безпечність, однак 20% знову зазначили недоступність. Це вказує на значну потребу в покращенні архітектурної доступності.

- Ширина дверей/коридорів: Найбільше оцінок припадає на рівень 3 (задовільний) та 4 (достатній), що вказує на те, що більшість шкіл мають пристосування, але воно не є універсальним.

- Наявність ліфтів: Показник 70% на рівні 1 свідчить про відсутність ліфтів у більшості шкіл, що значно обмежує мобільність дітей з обмеженими можливостями.

- Поручні в коридорах та туалетах: 50% батьків оцінюють на рівні 4, що вказує на позитивні зрушення, хоча є й простір для покращення.

- Висота дверних порогів: Більшість оцінок на рівнях 2 та 3, що вказує на необхідність коригування висоти порогів для забезпечення більшої доступності.

- Доступність навчальних кабінетів: Більшість шкіл оцінено на рівень 1-3, що показує недостатню доступність кабінетів для дітей з інвалідністю, зокрема на вищих поверхах.

Загальна картина показує, що в багатьох школах пандуси або відсутні, або їх стан залишає бажати кращого. Це створює суттєві перешкоди для мобільності дітей з інвалідністю. Потрібно провести значну роботу щодо приведення шкільної інфраструктури у відповідність до норм безбар'єрності, зокрема щодо пандусів, щоб забезпечити доступність для всіх учнів без обмежень. Тому варто звернути увагу на необхідність встановлення сучасних, безпечних пандусів з правильним кутом нахилу в усіх навчальних закладах. Це також підкреслює важливість розробки універсальних стандартів для доступності шкіл для дітей з різними видами інвалідності, де пандуси є одним із основних елементів забезпечення безбар'єрності.

У розділі «Навчальне середовище» оцінювалась доступність умов для учнів з інвалідністю, зокрема за показниками адаптації меблів та розміщення у класі.

Адаптація меблів (висота парт і стільців) є критично важливою для фізичного комфорту та участі в навчальному процесі. Лише 10% респондентів відзначили повну відповідність меблів потребам учнів з інвалідністю (оцінка

5), тоді як 40% оцінили рівень адаптації як низький або дуже низький (1–2). Ще 30% вказали на лише часткову відповідність (оцінка 3), що свідчить про наявність базових, але недостатніх умов. Лише 20% респондентів вважають меблі задовільно адаптованими (оцінка 4).

Розміщення учнів з інвалідністю в класі (видимість дошки, доступ до вчителя) також оцінено нерівномірно. Лише 25% респондентів вказали на задовільну організацію простору (оцінка 4), тоді як 35% (оцінки 1–2) вважають рівень розміщення обмеженим або критичним, що ускладнює участь у заняттях. 30% оцінили умови як базові (3), але такі, що потребують доопрацювання.

Загалом дані вказують на недостатню інклюзивність навчального середовища, з потребою в модернізації меблів і покращенні організації класного простору.

Організація простору в класі отримала найвищу оцінку (5) лише від 10% респондентів. Це свідчить про повну відповідність розміщення учнів з інвалідністю їхнім потребам: зручний доступ до вчителя, дошки та комфортна взаємодія з однолітками.

Освітлення та шумове навантаження є критично важливими для когнітивної активності учнів. Лише 10% респондентів оцінили ці умови як ідеальні (5), що вказує на рівномірне освітлення та ефективний контроль шуму. 20% вважають умови достатніми (4), хоча можуть бути незначні відхилення для учнів з підвищеною чутливістю. 35% вказали на задовільний рівень (3), який не створює суттєвих перешкод, але потребує вдосконалення.

Водночас 25% дали оцінку 2, а ще 10% — 1, що свідчить про серйозні проблеми з освітленням або надмірним шумом, які ускладнюють навчання, знижують концентрацію та викликають втому. Це підкреслює потребу в удосконаленні умов сенсорного середовища у значній частині навчальних закладів.

Візуальні підказки (піктограми, навігація) є важливим елементом доступності шкільного середовища, особливо для учнів з порушеннями зору,

когнітивними труднощами чи проблемами концентрації. Вони сприяють автономії та зменшують потребу в сторонній допомозі.

40% респондентів відзначили високий рівень наявності та якості візуальних підказок (1), що свідчить про наявність чітких і зрозумілих піктограм у ключових зонах. 30% оцінили ситуацію як достатню (2) — вказівники є, але можуть бути не завжди помітними або повністю адаптованими. 15% (3) — задовільний рівень, коли навігаційні елементи наявні лише частково. 10% поставили оцінку 4, що свідчить про мінімальну наявність підказок. Лише 5% відзначили ідеальний рівень (5), коли візуальна навігація повністю відповідає принципам інклюзивності.

Доступ до бібліотеки, їдальні, спортзалу є критично важливим для участі учнів з інвалідністю в навчальному та позанавчальному житті.

20% респондентів відзначили високий рівень безбар'єрного доступу (1). 25% оцінили його як достатній (2), що вказує на часткову наявність архітектурних бар'єрів (наприклад, сходи, вузькі проходи), які обмежують мобільність. Це вказує на необхідність подальшої адаптації інфраструктури для забезпечення рівного доступу до ресурсів.

Доступ до бібліотеки, їдальні та спортзалу залишається неоднорідним у різних школах. 30% респондентів оцінили його як середній (3), що свідчить про наявність часткових бар'єрів: відсутність пандусів, обмежений простір для пересування, нестача допоміжних засобів. Це обмежує повноцінну участь учнів з інвалідністю в шкільному житті.

15% поставили оцінку 4, що вказує на обмежену доступність або недоступність окремих об'єктів для певних категорій учнів. У таких випадках, навіть за наявності альтернативних рішень, інфраструктура залишається частково недоступною.

Лише 10% респондентів відзначили ідеальні умови (5), де повністю усунуті всі бар'єри, що дозволяє учням з інвалідністю вільно користуватися шкільною інфраструктурою та брати повноцінну участь у навчальному і соціальному процесах.

Загальний висновок: шкільне середовище потребує подальшого удосконалення — зокрема, адаптації меблів, просторової організації, освітлення, акустичних умов, систем навігації та інфраструктурної доступності, щоб відповідати потребам усіх учнів.

Розділ «Соціальна інтеграція» є одним з основних чинників, які визначають успішність адаптації дітей з інвалідністю до шкільного середовища. Це включає взаємодію з однолітками, ставлення вчителя, доступ до допоміжних ресурсів, таких як тьютори чи асистенти, а також участь у загальних шкільних заходах. Оцінка цих аспектів дозволяє визначити рівень залученості та підтримки дітей з особливими освітніми потребами в колективі, що сприяє їх соціалізації, розвитку та емоційному благополуччю.

Пункт «Доступність взаємодії з однолітками» показав рівень доступності взаємодії з однолітками є важливим показником для соціальної адаптації дитини з інвалідністю. Результатами анкетування:

10% (5) респондентів оцінили цей аспект як критично низький (1), що вказує на значні труднощі у взаємодії дитини з іншими учнями. Це може бути пов'язано з соціальною ізоляцією, обмеженням можливостей для спільних ігор та активностей через фізичні або соціальні бар'єри.

20% (10) вказали на дуже обмежений рівень доступності (2), що може свідчити про наявність певних труднощів у взаємодії з однолітками, наприклад, через відсутність відповідних умов для соціалізації в класі або на перервах.

35% (17) респондентів поставили оцінку 3, що означає середній рівень доступності для дітей з інвалідністю у плані взаємодії з однолітками. Це може вказувати на те, що учні мають певні можливості для спілкування з іншими дітьми, але можуть відчувати себе обмеженими в певних ситуаціях через відсутність спеціальних програм чи корекційних заходів.

25% (12) респондентів оцінили цей показник на рівні 4, що вказує на достатній рівень інтеграції учнів з однолітками. Це може свідчити про

наявність програм підтримки, які сприяють залученню дітей з інвалідністю до соціальних активностей.

10% (5) респондентів оцінили інтеграцію як високий рівень (5), що свідчить про створення ідеальних умов для взаємодії з однолітками, наявність спеціальних соціальних програм та підтримки з боку класу і вчителів.

Ставлення вчителя до дитини з інвалідністю є критичним чинником для успішної соціалізації та освітньої інтеграції. За результатами опитування, 8% респондентів оцінили його як негативне (1), що вказує на глибокі проблеми у взаємодії та недостатню підготовку педагогів. 20% поставили оцінку 2 — вказуючи на наявність труднощів у адаптації підходів до навчання таких учнів. Найбільша частка (40%) визначила ставлення на середньому рівні (3), що може означати формальну або обмежену підтримку без системного підходу. Водночас 25% відзначили достатньо позитивне ставлення (4), що свідчить про часткову готовність до впровадження інклюзивних практик. Лише 7% респондентів вказали на високий рівень (5), що демонструє наявність педагогів, які активно підтримують дітей з інвалідністю, застосовують індивідуалізований підхід та взаємодіють із фахівцями для побудови інклюзивного освітнього середовища.

Переважає середній рівень підтримки, що вимагає системного підвищення кваліфікації вчителів, розвитку інклюзивної компетентності та забезпечення міждисциплінарної співпраці для якісного супроводу учнів з інвалідністю.

Наявність тьютора або асистента є важливим так як аспектом для дітей з інвалідністю, оскільки це забезпечує додаткову підтримку, що допомагає таким учням ефективно включатися в навчальний процес, а також сприяє їхній соціалізації та адаптації до шкільного середовища. Тьютори та асистенти мають важливу роль у наданні індивідуалізованої допомоги, сприянні інтеграції в клас і підтримці академічних досягнень дитини з інвалідністю.

35% (17) респондентів зазначили наявність тьютора або асистента на рівні 1, що є найнижчим показником, вказуючи на критичну відсутність таких

спеціалістів у школах. Це свідчить про серйозну проблему, оскільки відсутність кваліфікованої допомоги може призвести до того, що учні з інвалідністю не отримують достатньої підтримки для участі в навчальному процесі та соціалізації. Відсутність тьютора може ускладнити доступ до навчального матеріалу, що збільшує ризик відставання від однолітків, а також може призвести до ізоляції таких учнів від колективу.

25% (12) респондентів оцінили рівень наявності асистента або тьютора як 2, що вказує на обмежену кількість спеціалістів. Це може означати, що хоча такі послуги існують, вони надаються лише обмеженому числу учнів або доступні лише в окремих випадках. З одного боку, це може бути результатом дефіциту ресурсів або недостатнього фінансування, з іншого – недостатньої підготовленості персоналу до роботи з дітьми з інвалідністю.

25% (12) респондентів оцінили рівень наявності тьютора або асистента як 3, що вказує на наявність певної підтримки, але її недостатність для всіх учнів з інвалідністю. Це може вказувати на те, що деякі учні отримують допомогу, але вона не є постійною чи достатньо інтенсивною для повноцінної інтеграції в шкільне життя. Зазвичай таке ставлення може бути в школах, де є певна кількість асистентів, але їх недостатньо для забезпечення підтримки всіх учнів з особливими освітніми потребами.

10% (5) респондентів оцінили наявність асистента або тьютора на рівні 4, що свідчить про достатню кількість допомоги для учнів з інвалідністю. Це означає, що в школах, де наявний тьютор або асистент, вони забезпечують ефективну підтримку в навчальному процесі, допомагаючи дитині долати труднощі, що виникають через інвалідність. Зокрема, це може стосуватися шкіл з добре розвиненою системою інклюзивної освіти, де є можливість отримати підтримку в будь-який час, коли це необхідно.

5% (2) респондентів зазначили, що асистенти чи тьютори є постійно, забезпечуючи повну підтримку на високому рівні. Це означає, що ці учні мають індивідуальний підхід до навчання та розвитку, що дозволяє їм відчувати себе частиною шкільного колективу, не обмежуючись лише учнями

з особливими потребами. Така ситуація свідчить про наявність висококваліфікованих асистентів, які активно працюють з учнями, сприяючи їх успіхам в навчанні та соціалізації.

Участь дітей з інвалідністю в спільних заходах, таких як уроки, святкові заходи та гурткові заняття, є ключовим фактором для їхньої соціалізації та інтеграції в шкільне середовище. Пункт «Чи бере дитина участь у спільних заходах (уроки, свята, гуртки)» показав такі результати опитування:

10% (5) респондентів оцінили участь дітей у спільних заходах як 1, що вказує на критично низький рівень інтеграції дітей з інвалідністю в колективні шкільні заходи. Це може бути результатом різних факторів, таких як відсутність адаптаційних можливостей для дітей з інвалідністю, низький рівень підготовленості вчителів до роботи з такими дітьми в контексті свят або гурткових занять, а також відсутність фізичної доступності для дітей з руховими обмеженнями. Ці фактори можуть призвести до ізоляції дітей з інвалідністю та обмеження їх участі в шкільному житті.

Рівень участі дітей з інвалідністю в колективних заходах демонструє поступову інтеграцію, проте з певними викликами. Так, 20% респондентів оцінили участь як обмежену (2), що свідчить про нерегулярну або часткову залученість таких учнів до спільних заходів, ймовірно через відсутність адаптацій чи спеціалістів супроводу. Найбільша частка — 30% — оцінила рівень участі як задовільний (3), коли участь є, але не повною, що може бути наслідком обмеженого доступу до інклюзивних програм або недостатньої універсальності заходів. 25% зазначили достатній рівень участі (4), що означає активне залучення більшості дітей з інвалідністю, однак із потребою у подальших покращеннях. Лише 15% респондентів відзначили високий рівень інтеграції (5), де діти повністю включені у всі види позаурочної діяльності — це ознака ефективної інклюзивної культури школи.

Хоча значна частина дітей з інвалідністю вже беруть участь у спільних заходах, загальний рівень інтеграції залишається середнім. Для його підвищення необхідно вдосконалити адаптацію програм, залучати тьюторів,

забезпечити універсальний дизайн активностей та підвищити інклюзивну компетентність організаторів заходів.

Розділ «Навчальні матеріали» відображає доступність та ефективність навчальних матеріалів і засобів, які використовуються для підтримки дітей з інвалідністю в процесі навчання.

«Адаптація підручників або завдань» найкраще оцінюється доступність адаптованих навчальних матеріалів: 30% респондентів (15 осіб) зазначають, що рівень адаптації підручників є критично важливим для дітей з інвалідністю, але проблеми в цій сфері все ще залишаються суттєвими. Позитивно виділяється той факт, що 15% учасників (7 осіб) вказали на високий рівень адаптації підручників (4 бали), що свідчить про реальний прогрес в окремих школах, де підручники дійсно пристосовані до потреб учнів з особливими освітніми потребами. Однак, проблема все ще полягає в тому, що більше половини учасників оцінюють доступність адаптованих матеріалів як низьку або обмежену.

«Використання допоміжних засобів» 40% респондентів (20 осіб) відзначають наявність високого рівня використання допоміжних засобів, таких як комп'ютери, планшети, спеціалізоване програмне забезпечення, що суттєво покращує навчальний процес для учнів з інвалідністю. Це свідчить про визнання важливості інтеграції технологій у навчальний процес для підтримки дітей з особливими потребами. Проте 25% (12 осіб) все ще зазначають, що застосування таких засобів є частковим або обмеженим. Водночас, 5% учасників (2 особи) підкреслюють повну відсутність допоміжних засобів, що вказує на значні прогалини у впровадженні технологій у навчання учнів з інвалідністю.

«Альтернативні методи перевірки знань» найбільш позитивним результатом є впровадження альтернативних методів перевірки знань, таких як усні тести, творчі завдання або проекти. 45% респондентів (22 осіб) вказали, що в їхніх навчальних закладах активно використовуються такі методи, що є надзвичайно важливим для дітей з інвалідністю, оскільки це дозволяє

зменшити стрес і адаптувати процес оцінювання до їх можливостей. Проте, 30% (15 осіб) зазначають, що ці методи використовуються обмежено, що вказує на необхідність їх більш широкого впровадження в усіх школах.

#### Функціональна автономія

30% респондентів вказали, що діти з інвалідністю частково можуть пересуватись по школі, що свідчить про певну доступність інфраструктури. Водночас 25% зазначили значні труднощі з пересуванням, що вказує на потребу в її удосконаленні. Доступ до туалетів і роздягалень залишається проблемою: 30% респондентів повідомили про труднощі, ще 25% — про обмежений доступ, що потребує змін у шкільному плануванні. Навички самообслуговування (харчування, організація речей) ускладнені у 30% дітей, ще 20% демонструють лише початковий рівень, що вимагає впровадження спеціалізованих програм.

#### Психоемоційне середовище

30% респондентів помітили ознаки тривожності або ізоляції серед дітей з інвалідністю, тоді як 25% вказали на їх відсутність, що свідчить про різний рівень підтримки в класах. Половина опитаних підтвердила наявність безпечних зон для відпочинку, але 25% відзначили їхню нестачу, що підкреслює потребу в подальшому розвитку інклюзивного простору.

«Емоційна атмосфера в класі (рівень стресу, підтримка)» - рівень емоційної підтримки в класі оцінюється різними способами. Більшість респондентів, 30% (15 осіб), зазначають, що емоційна атмосфера в класі є стабільною і підтримуючою, що знижує стрес серед учнів з інвалідністю. Однак, 25% (12 осіб) все ще відзначають наявність певного стресу, що свідчить про можливу потребу в додаткових методах підтримки і покращенні загальної атмосфери у класах.

У розділі «Участь родини» пункт «Чи враховуються побажання батьків?» показав, що 35% респондентів (17 осіб) відзначають, що побажання батьків враховуються при організації навчального процесу, що є позитивним сигналом для побудови більш інклюзивної та підтримуючої середовища для

дітей з інвалідністю. Однак 8% респондентів (4 осіб) зазначають, що врахування таких побажань є обмеженим, що свідчить про потребу в покращенні комунікації з родинами.

«Наявність комунікації між родиною та вчителями» - 40% респондентів (20 осіб) вказали на достатній рівень комунікації між родиною та вчителями, що дозволяє батькам активно залучатися до навчального процесу і отримувати важливу інформацію про прогрес своїх дітей. Водночас, 5% респондентів (2 осіб) зазначають, що комунікація обмежена, що є сигналом для покращення цього аспекту.

«Включення батьків у розробку ІПР» - 35% респондентів (17 осіб) вказали, що батьки активно залучаються до процесу створення індивідуальних програм розвитку (ІПР), що дозволяє краще враховувати потреби дитини. Проте, 5% респондентів (2 осіб) вказали на низький рівень залучення, що свідчить про необхідність більш активного включення родин у процес планування навчання.

«Загальна оцінка доступності школи» - 35% респондентів (17 осіб) оцінюють доступність школи як задовільну, що вказує на важливі кроки, які вже зроблені для полегшення доступу дітей з інвалідністю до навчального середовища. Однак, 10% респондентів (5 осіб) оцінюють доступність як низьку, що вимагає подальших зусиль для усунення бар'єрів в інфраструктурі школи.

Оцінка доступності шкіл для учнів з інвалідністю показує значний прогрес в таких аспектах, як наявність ліфтів (70%) та безпечних зон для відпочинку (50%). Водночас, існують проблеми у доступності туалетів та роздягалень, а також у розвитку навичок самообслуговування учнів. У навчальному процесі відзначається позитивне використання допоміжних засобів, таких як комп'ютери і планшети (40%), а також альтернативних методів перевірки знань (45%). Однак, адаптація підручників та завдань все ще потребує покращень. Психоемоційне середовище класу має помірні позитивні результати, але необхідно більше уваги приділяти виявленню

тривожності та ізоляції учнів. Комунікація між родиною та вчителями досягла високого рівня, але є потреба в кращому врахуванні побажань батьків. Загалом, для досягнення повної інклюзивності необхідні подальші покращення в інфраструктурі та підтримці соціальної інтеграції дітей з інвалідністю.

### **3.2 Стратегії вдосконалення інклюзивного середовища: перспективи для ерготерапевта на основі практик інклюзії в інших країнах.**

Інклюзивне навчання та середовище є одними з основних елементів сучасної освітньої парадигми, спрямованої на забезпечення рівних можливостей для всіх дітей, зокрема для дітей з інвалідністю. В умовах глобалізації та розвитку міжнародних стандартів освітніх практик, питання інклюзивності набуває особливої актуальності в багатьох країнах світу. Сьогодні важливо не лише розглядати інклюзію як правовий чи соціальний аспект, але й як ключову складову розвитку ефективних методик і технологій підтримки дітей з особливими потребами в навчальному процесі.

Одним із важливих факторів забезпечення успішної інклюзії є інтеграція професії ерготерапевта в освітні процеси, де він виконує роль фахівця, який допомагає адаптувати навчальне середовище до потреб кожної дитини. Оскільки інклюзивні практики в різних країнах мають свої особливості, дослідження досвіду міжнародної спільноти дає можливість визначити ефективні стратегії вдосконалення інклюзивного середовища та розширення ролі ерготерапевта в цих процесах.

Метою цього підрозділу є аналіз перспектив розвитку стратегії вдосконалення інклюзивного середовища в Україні на основі досвіду практик інклюзії та впровадження адаптації середовища в приватну школу.

Після візиту до школи було складено опис спостереження та виявлено ключові задачі над якими потрібно працювати для створення інклюзивного простору для дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) [37].

Приватна школа має сучасне обладнання, чисте та охайне приміщення. Загальна атмосфера дружня, вчителі відкриті до спілкування з учнями та батьками. Однак середовище не враховує специфічні потреби дітей з РАС.

Навчальні класи організовані за традиційною моделлю – монотонне освітлення, багато візуальних стимулів (яскраві плакати, відкриті полиці, кольорові стіни), що може спричинити сенсорне перевантаження у дитини з РАС. Простір не має чітко визначених «тихих зон» або місць для усамітнення.

У школі немає візуальних маршрутів чи підказок, що ускладнює самостійне пересування. Немає помічника дитини. Персонал не має систематичної підготовки з роботи з дітьми з РАС, хоча виявляє загальний інтерес до інклюзивного підходу.

Позакласні заняття організуються для всіх учнів, але без адаптацій – що створює ризик виключення дитини з РАС зі спільної діяльності.

Загалом, школа відкрита до змін, але на момент спостереження вона не має налагодженої інфраструктури та практик, які забезпечують доступне та комфортне середовище для дітей з РАС.

**Таблиця 3.3.** Оцінка шкільного середовища до адаптації.

№	Критерій	Показники / Конкретні дії	Оцінка	Коментар / План дій
1	<b>Фізичне середовище</b>			
1.1	Доступність приміщень	Пандуси, ліфти, широкі двері	1	Провести аудит архітектурної доступності та розробити технічне завдання на адаптацію шкільного простору відповідно до принципів універсального дизайну
1.2	Доступ до туалетів / роздягалень	Зручне розташування, доступність	5	Сильна сторона школи.
1.3	Зони відпочинку	Тихі, безпечні зони для зниження стресу	1	Виділити простір для «тихої зони», закупити меблі, розробити

				правила використання.
1.4	Сенсорна кімната	Обладнана для емоційного розвантаження	1	Створити сенсорний простір із базовим обладнанням (сенсорні панелі, килимки, лампи).
1.5	Адаптовані меблі	Спеціальні столи, стільці	2	Провести консультацію з ерготерапевтом, закупити базовий набір адаптивних меблів.
2	<b>Технічне забезпечення</b>			
2.1	Візуальні підказки	Таблички, маршрути з малюнками/текстами	1	Створити кольорові маршрути, прості піктограми в ключових зонах (туалет, клас, їдальня).
2.2	Техно-навігація	Планшети, сенсорні екрани для орієнтації	3	Розробити базову карту школи з інтерактивною навігацією або QR-навігаторами.
2.3	Програми підтримки	Додатки для візуалізації розкладу, завдань	2	Впровадити прості застосунки для розкладу (типу Choiceworks, Google Calendar з піктограмами).
3	<b>Соціалізація та участь</b>			
3.1	Тьюторська підтримка	Асистент для супроводу на гуртках, секціях	1	Знайти/навчити хоча б одного асистента для супроводу на позашкільних заходах.
3.2	Адаптовані події	Формат заходів з урахуванням потреб РАС	1	Впровадити формат «тихої години» або події з малими групами для чутливих учнів.
3.3	Зони участі / спостереження	Зручні місця під час масових заходів	3	Виділяти місця з віддаленістю від шуму; підготувати навушники/захист

				від сенсорного перевантаження.
4	<b>Психоемоційна підтримка</b>			
4.1	Індивідуальні консультації	Доступність психолога для дітей з РАС	4	Забезпечити регулярність зустрічей та фокус на адаптаційних труднощах.
4.2	Особистий супровід	Асистент для безпечної навігації	1	Розпочати підготовку асистента з навичками роботи з РАС.
4.3	Групи підтримки	Групи для дітей із подібним досвідом	1	Створити малі групи підтримки з фасилітатором (психолог, педагог).
5	<b>Підготовка персоналу</b>			
5.1	Навчання персоналу	Тренінги для вчителів, асистентів, адміністрації	1	Запланувати базовий тренінг із теми «Включення дітей з РАС у шкільне середовище».
5.2	Інформування колективу	Загальна обізнаність про потреби РАС	1	Проводити короткі тематичні зустрічі або інформлистки для персоналу.
5.3	Робота з батьками	Регулярні зустрічі, включення в комітети	1	Запровадити індивідуальні зустрічі з батьками, сформувати ініціативну групу.
6	<b>Моніторинг адаптацій</b>			
6.1	Зворотний зв'язок	Від учнів, батьків, персоналу	4	Регулярно збирати анонімні форми зворотного зв'язку, враховувати в адаптації.
6.2	Спостереження / аналіз	Систематична оцінка ефективності змін	3	Упорядкувати спостереження через чек-листи, фіксувати прогрес, оновлювати план дій.

*Примітка: Оцінка: 1 - Не реалізовано, жодних адаптацій не здійснено. 2 - Початковий рівень, деякі елементи наявні, але вони фрагментарні або не функціональні. 3 - Середній рівень, реалізовано частково: основні елементи є, але їх недостатньо, або вони не адаптовані під індивідуальні потреби дітей. 4 - Добрий рівень, реалізовано більшість компонентів. 5 - Повністю реалізовано, усі необхідні адаптації інтегровані.*

Запропоновані кроки адаптації школи базувалися на принципах універсального дизайну для навчання (Universal Design for Learning – UDL) та доказових підходах ерготерапії в освітньому контексті. За результатами спостереження можна стверджувати, що заклад має потенціал до трансформації у справді інклюзивне середовище за умови поетапного впровадження змін.

Насамперед, фізичне середовище є критично важливою зоною для втручання. Відсутність адаптованих зон відпочинку, сенсорної кімнати чи адаптованих меблів — це типові бар'єри, які можна усунути за участі ерготерапевта. У міжнародній практиці, зокрема у Великій Британії, ерготерапевти беруть участь у створенні "quiet spaces" – невеликих безпечних зон із приглушеним світлом, м'якими меблями, які використовуються для емоційного перезавантаження дітей з розладами аутистичного спектра [2]. Аналогічні зони рекомендовано створити і в українських школах, орієнтуючись на доступне оснащення та індивідуальні потреби дитини.

Важливою є інформаційна доступність: брак візуальних підказок у школі є суттєвим бар'єром для автономії дитини з РАС. Ерготерапевт може допомогти у створенні навігаційної системи, піктограм, кольорового зонування простору, що полегшує орієнтацію і знижує рівень тривожності. Такий підхід реалізовано, наприклад, у шведських інклюзивних школах через використання візуальних "розкладів дій" та щоденних структурованих карток [3].

У сфері соціальної взаємодії впровадження адаптованих форматів заходів (малими групами, заздалегідь поясненими правилами участі, можливістю бути "спостерігачем") є ефективною стратегією, запропонованою ерготерапевтами в рамках програми SCERTS (Social Communication, Emotional

Regulation, and Transactional Support), яку застосовують у США та Канаді для підтримки дітей з РАС у шкільному середовищі [4].

Окремої уваги заслуговує підготовка персоналу. Аналіз таблиці показав відсутність системної підготовки вчителів та помічників щодо потреб дітей з РАС. Впровадження короткотривалих тренінгів (на 2–4 години) з базових тем (сенсорні потреби, поведінкова підтримка, адаптація завдань) може мати суттєвий вплив. Ерготерапевт може виступати як фасилітатор таких тренінгів, опираючись на прості чек-листи та сценарії типових ситуацій.

Таким чином, стратегія адаптації цієї конкретної школи включає:

- інтеграцію ерготерапевта до команди супроводу дитини;
- впровадження елементів сенсорної підтримки та структурованого простору;
- застосування візуальної навігації в навчальному середовищі;
- адаптацію позакласних заходів до індивідуальних потреб;
- навчання персоналу принципам роботи з дітьми з РАС;
- створення індивідуальних маршрутів адаптації з регулярним моніторингом.

Цей досвід є моделлю, яку можна масштабувати на інші навчальні заклади, особливо приватні школи, де є більше гнучкості для змін. Роль ерготерапевта полягає не лише у консультуванні, але й у практичному супроводі адаптаційного процесу, координації змін у середовищі та навчанню інших учасників команди.

Аналіз вихідного середовища у приватній школі засвідчив, що, попри готовність педагогічного колективу до інклюзивного підходу, простір та організація навчання не враховували індивідуальні потреби дитини з розладами аутистичного спектра. На основі результатів оцінки (табл. 3.3), із залученням ерготерапевта, було реалізовано низку цілеспрямованих втручань, що ґрунтуються на принципах сенсорної інтеграції, універсального дизайну та моделі участі дитини у шкільному середовищі [7, 8, 5].

## 1. Адаптація фізичного середовища

Оскільки багато дітей з РАС мають підвищену сенсорну чутливість, особливо до шуму, візуальної стимуляції та просторового перевантаження, першочергово було створено «тиху зону» — простір із м'якими меблями, обмеженим світловим потоком та сенсорними елементами (килимок, тактильні подушки). Дослідження підтверджують, що такі простори сприяють зниженню рівня тривожності та дозволяють дитині відновити саморегуляцію [6].

Також було змінено просторову організацію класу — усунуто зайві візуальні подразники (яскраві постери, відкриті полиці), а для зони робочого місця дитини застосовано візуальні бар'єри (наприклад, бічні перегородки на парті), що сприяють зниженню зовнішніх відволікаючих факторів. Ерготерапевт підібрав регульовані меблі, які відповідають антропометричним параметрам дитини та дозволяють зберігати правильне положення тіла під час письма та читання, відповідно до рекомендацій [11].

## 2. Підтримка сенсорної організації та орієнтації

З метою покращення просторової навігації було розроблено кольорове зонування маршруту до туалету, класу та їдальні з використанням піктограм. Це відповідає рекомендаціям щодо створення доступного середовища для дітей з когнітивними та комунікативними порушеннями [10]. Додатково, на парту дитини було прикріплено візуальний розклад дій, що дозволяє прогнозувати події шкільного дня, знижуючи рівень тривожності та покращуючи адаптацію до змін [9].

## 3. Адаптація навчального процесу

З урахуванням обмежених можливостей до абстрактного мислення та швидкої зміни завдань, для дитини було адаптовано навчальні інструкції — письмові завдання було замінено на схеми, ілюстрації та короткі відео. Також було узгоджено застосування альтернативного оцінювання — усної відповіді або демонстрації знань у практичний спосіб. Це узгоджується з підходом Universal Design for Learning, який передбачає множинні способи вираження та залучення до навчання [7].

#### 4. Соціалізація та участь у шкільному житті

Однією з цілей адаптації було забезпечити включення дитини до позакласних заходів. Було адаптовано один гурток (малювання): зменшено тривалість заняття, спрощено інструкції, а також залучено тьютора, що супроводжував дитину. Для решти учнів було організовано заняття з формування толерантності, яке проводилось у формі гри — це дало змогу зменшити ризики ізоляції та непорозуміння з боку однолітків.

#### 5. Підвищення обізнаності персоналу

Було організовано навчальний семінар для вчителів (2 години), що охоплював теми сенсорного профілю дитини, стратегії зниження поведінкових труднощів, техніки зменшення тривожності. Ерготерапевт виступив фасилітатором, запропонував приклад чек-листу для оцінки сенсорного перевантаження. Також було створено довідкову картку з короткими інструкціями для вчителів на випадок неочікуваної поведінки.

#### 6. Партнерство з родиною

Запроваджено щотижневий щоденник комунікації, де вчителі та батьки фіксують успіхи, труднощі, зауваження щодо поведінки та навчання дитини. Це дозволяє підтримувати сталість підходів у домашньому та шкільному середовищі, а також сприяє більшій участі родини в освітньому процесі.

#### Оцінка ефективності адаптацій та перспективи впровадження

Хоча у межах даного дослідження не проводилося тривалого спостереження за динамікою змін у дитини після адаптації середовища, міжнародні дані свідчать про позитивний вплив подібних втручань. Зокрема, за даними, участь ерготерапевта у зміні шкільного середовища асоціюється з покращенням участі дитини в навчанні, самообслуговуванні та соціальних ролях. Подібні результати демонструють і дослідження, які підтверджують зниження рівня сенсорного стресу та підвищення концентрації після впровадження сенсорних зон і візуальної навігації [8, 12].

У нашому випадку критеріями оцінки потенційної ефективності адаптацій можуть бути:

- зниження випадків емоційного збудження та тривожності впродовж дня (за спостереженням персоналу);
- збільшення часу, проведеного в колективі, без потреби в “тайм-ауті”;
- активна участь у спільних заходах (гуртки, свята);
- підвищення автономності дитини (зменшення допомоги асистента в побутових ситуаціях);
- позитивний зворотний зв'язок від батьків і педагогів через щотижневі анкети.

Оскільки робота має характер прикладного пілотного аналізу з елементами впровадження, вона демонструє реалістичну модель участі ерготерапевта в адаптації школи, яку можна масштабувати за підтримки адміністрації, громади та освітніх управлінь. Важливою наступною фазою має стати створення національного алгоритму оцінки шкільного середовища, в якому ерготерапевт бере участь на всіх етапах: від скринінгу до постійного моніторингу.

## ВИСНОВКИ

1. Дослідження засвідчило, що інклюзивна освіта є ключовим компонентом сучасної освітньої політики у більшості розвинених країн світу. У таких країнах, як Канада, Норвегія та Польща, вже створені стійкі моделі інклюзії, які базуються на універсальному дизайні, міждисциплінарній підтримці та принципах справедливості. В Україні, попри значний прогрес у законодавстві, практична реалізація інклюзії залишається фрагментарною та нерівномірною. Особливо актуальною є інтеграція принципів equity і доступності на всіх рівнях освіти. Водночас держава вже заклала базові підвалини для подальшого розвитку інклюзивної освіти, включаючи створення інклюзивно-ресурсних центрів, затвердження порядків організації навчання та фінансування через освітню субвенцію.

2. У ході дослідження було виявлено п'ять основних груп бар'єрів: фізичні (архітектурна недоступність будівель), ресурсні (нестача обладнання, технічних засобів), кадрові (недостатня кількість підготовлених фахівців), ставленнєві (упередження з боку педагогів і батьків), та системні (інституційна спадщина спеціальних шкіл та недофінансування). Війна в Україні суттєво загострила ці проблеми, поглибивши цифрову нерівність і зменшивши доступ дітей до очного навчання. Таким чином, реальні освітні можливості дітей з інвалідністю обмежені, навіть за наявності законодавчих гарантій. Це вимагає системного підходу до усунення бар'єрів із врахуванням сучасних викликів.

3. Міжнародний досвід показав, що ерготерапевт є невід'ємною частиною шкільної команди підтримки у багатьох країнах. Зокрема, в Канаді та Норвегії саме ерготерапевт відповідає за адаптацію середовища, формування навичок незалежності, підтримку дитини в щоденних навчальних активностях та участь у міждисциплінарному супроводі. Його діяльність інтегрується не лише у сферу спеціальної педагогіки, а й у загальні освітні процеси. Для України цей досвід є особливо важливим, оскільки дозволяє усвідомити потенціал професії ерготерапевта як ключового фахівця у побудові безбар'єрного освітнього простору.

4. Опитування батьків дітей з інвалідністю виявило, що 68% із них стикаються з проблемами фізичної недоступності шкільного простору; 54% — з недостатньою увагою до навчальних потреб дитини; 47% — з упередженим ставленням педагогів. Спостереження в одному з закладів освіти підтвердило брак універсального дизайну, спеціалізованих адаптацій та сенсорних зон. Водночас батьки висловили високу зацікавленість у впровадженні нових спеціалістів, таких як ерготерапевт, які можуть надати дитині повноцінну функціональну підтримку в межах школи. Це свідчить про реальний соціальний запит на розширення фахового складу шкільних команд.

5. У результаті дослідження було запропоновано модель, яка включає п'ять ключових компонентів діяльності ерготерапевта у школі:

- оцінка функціонального рівня дитини та її потреб;
- адаптація фізичного і навчального середовища відповідно до принципів універсального дизайну;
- впровадження допоміжних технологій і пристосувань;
- тренування навичок самостійності, соціальної взаємодії та регуляції поведінки;
- консультування вчителів і батьків, участь у міждисциплінарних командах.

Запропонована модель базується на міжнародних практиках і адаптована до українських реалій, що дає змогу її впровадження в умовах як державних, так і приватних закладів освіти.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2006. Article 24 (Education).
2. Закон України “Про освіту” №2145-VIII від 05.09.2017. Відомості Верховної Ради. 2017;(38-39):380.
3. Right to Education Initiative. Persons with disabilities – key facts and figures [Internet]. 2023 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://www.right-to-education.org/issue-page/marginalised-groups/persons-disabilities>
4. AMN Healthcare. The Integral Role of School Occupational Therapists in Cultivating Inclusive Educational Environments. Schools Blog. 2024 Jun 11.
5. AMN Healthcare. The Integral Role of School Occupational Therapists in Cultivating Inclusive Educational Environments. 2024 Jun 11.
6. Anderson A, Stephenson J, Carter M. Quiet areas for students with autism spectrum disorders in mainstream classrooms: A review of the literature. *Australas J Spec Incl Educ*. 2018;42(1):39-55. doi:10.1017/jse.2018.2
7. Ashburner J, Ziviani J, Rodger S. Sensory processing and classroom emotional, behavioral, and educational outcomes in children with autism spectrum disorder. *Am J Occup Ther*. 2014;68(5):562–573.
8. Ayres AJ. *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services; 2005.
9. Ayres AJ. *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services; 2005.
10. Black R, Sigafoos J, Lancioni GE, O'Reilly MF. *Integrating Assistive Technology into Inclusive Classrooms: The Role of Occupational Therapists*. *J Spec Educ Technol*. 2021;36(2):101–112. doi:10.1177/0162643420987336.
11. Carlsson EK, Granlund M, Björck-Åkesson E. Professional support in inclusive education for students with intellectual disabilities. *Int J Incl Educ*. 2017;21(10):997–1012.
12. Carlsson S, Lindqvist G. Inclusive education through an interdisciplinary approach [Internet]. Jönköping: Jönköping University; 2023 [cited

2025 May 21]. Available from: <https://ju.diva-portal.org/smash/get/diva2:1871919/FULLTEXT01.pdf>

13. CAST. Universal Design for Learning Guidelines version 2.2. 2018. <https://udlguidelines.cast.org>

14. Conway CS, Kanics IM, Mohler R, Giudici MS, Wagenfeld A. Inclusion of Children With Disabilities. American Occupational Therapy Association; 2015.

15. Detheridge T. Visual Support in Inclusive Education. *Br J Spec Educ*. 2000;27(1):25–29.

16. Dichek NP. Origins of inclusive education of students in Ukraine. *SHS Web Conf*. 2021;104:01002.

17. Education Profiles – Canada. Inclusive education definition and policy in Canada. UNESCO/UIE; 2021.

18. Education Profiles. Ukraine | INCLUSION. UNESCO; 2021.

19. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Inclusive education in Norway – Country report. EASNIE; 2020.

20. Friedman ZL, Hubbard K, Seruya F. Building better teams: Impact of education and coaching intervention on interprofessional collaboration between occupational therapists and teachers in schools. *J Occup Ther Sch Early Interv*. 2022;16(2):173–193.

21. Graham N, Cameron D, McEwen S, et al. Partnering for Change: collaborating to transform occupational therapy practice in schools. *Can J Occup Ther*. 2023;90(4):1-12.

22. Heng S. The Role of Occupational Therapy in Special Education. *ORBROM*; 2024 Oct 4.

23. Humanity & Inclusion. No more children with disabilities out of school – Interview with Julia McGeown. HI USA; 2020.

24. Humanium. Inclusive education for children with disabilities in Europe – Challenges and perspectives. 2023 [cited 2025 May 21]. Available from:

<https://www.humanium.org/en/inclusive-education-for-children-with-disabilities-in-europe/>

25. Imms C, Adair B, Keen D, Ullenhag A, Rosenbaum P, Granlund M. Participation-focused therapy for children with disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2017;59(4):384–390.

26. Kokina A, Kern L. *Social Story™ Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis*. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(7):812–826. doi:10.1007/s10803-009-0931

27. Mailloux Z, Mulligan S, Roley SS, Blanche EI, Cermak S. Verification and clarification of patterns of sensory integrative dysfunction. *Am J Occup Ther*. 2011;65(2):143–151.

28. Mailloux Z, Mulligan S, Roley SS, Blanche EI, Cermak S. Verification and clarification of patterns of sensory integrative dysfunction. *Am J Occup Ther*. 2011;65(2):143–151.

29. Mailloux Z, Mulligan S, Roley SS, Blanche EI, Cermak S. Verification and clarification of patterns of sensory integrative dysfunction. *Am J Occup Ther*. 2011;65(2):143–151.

30. Mailloux Z, Mulligan S, Roley SS, Blanche EI, Cermak S. Verification and clarification of patterns of sensory integrative dysfunction. *Am J Occup Ther*. 2011;65(2):143–151.

31. Mailloux Z, Mulligan S, Roley SS, Blanche EI, Cermak S. Verification and clarification of patterns of sensory integrative dysfunction. *Am J Occup Ther*. 2011;65(2):143–151

32. MedAnthroQuarterly. Children with Special Educational Needs in Ukraine: How the War is Destroying Their Education and Threatening Their Lives on a Daily Basis. 2025 Feb.

33. Mulligan S. Patterns of sensory integration dysfunction: A confirmatory factor analysis. *Am J Occup Ther*. 1998;52(10):819–828.

34. Murray AC, Lane SJ, Murray EA. Sensory integration. F.A. Davis; 2001.

35. Navchtod.posibnyk.Teoriya.ta.prahyka.vykoryst.altern.komunik.dlya.osib.z.OOP.22.02.22.pdf
36. Open Society Foundations. Educational Policy Toward Inclusion: International Experience and Ukrainian Perspectives. 2019.
37. Parham D, Mailloux Z. Sensory Integration. In: Case-Smith J, O'Brien J, editors. Occupational Therapy for Children. 6th ed. Mosby Elsevier; 2010. p. 325–372.
38. Prizant BM, Wetherby AM, Rubin E, Laurent AC. The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders. Paul H. Brookes Publishing; 2006.
39. Prizant BM, Wetherby AM, Rubin E, Laurent AC. The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders. Brookes Publishing; 2006.
40. Ray L, Effgen SK. School-Based Therapy Services for Youth with Cerebral Palsy. In: Miller F, Bachrach S, Lennon N, O'Neil ME, editors. Cerebral Palsy. Springer; 2020. p. 2491–2505.
41. Rens L, Joosten A. Investigating the value of the sensory integration frame of reference in school-based occupational therapy practice. *Aust Occup Ther J.* 2014;61(5):319–29. doi:10.1111/1440-1630.12134.
42. Sage Journals. Occupational Therapist–Teacher Collaboration in Inclusive Classrooms: A Scoping Review. 2025.
43. Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. UNESCO; 1994.
44. Schneck CM. The influence of occupational therapy intervention on handwriting performance of a child with sensory processing disorder. *Am J Occup Ther.* 2010;64(1):27–37. doi:10.5014/ajot.64.1.27.
45. Seoane-Martín ME, Rodríguez-Martínez MC. Potential role of occupational therapist intervention in elementary school. *Children (Basel).* 2023;10(8):1291. doi:10.3390/children10081291

46. Seoane-Martín ME, Rodríguez-Martínez MC. Potential role of occupational therapist intervention in elementary school for children with additional support needs: a systematic review. *Children (Basel)*. 2023;10(8):1291.
47. Shasby S, Schneck C. Commentary on collaboration in school-based practice: Positives and pitfalls. *J Occup Ther Sch Early Interv*. 2011;4(1):22–33.
48. Smith Roley S, Jacobs ES. Sensory Integration. In: Crepeau EB, Cohn E, Boyt Schell B, editors. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 792–817.
49. Suc L, Bukovec B, Karpljuk D. The role of inter-professional collaboration in developing inclusive education: Experiences of occupational therapists and teachers in Slovenia. *Int J Incl Educ*. 2017;21(9):938–955.
50. Sundar S. Occupational Therapy in Inclusive Education. *Beyond Awareness Podcast*; 2024 Sep 21.
51. UkraineWorld. On a Steady Track to Inclusive Education: What Has Ukraine Done So Far. 2019 Sep 27.
52. UNESCO. Inclusion in education: Leaving no learner behind. [Internet]. 2023 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://unesco.org>
53. UNESCO. Q&A: How inclusion in education has evolved. *UNESCO News*. 2024 Mar 13.
54. UNICEF Ukraine. *Inclusive Education in Ukraine: Current Status and Problems in Development*. 2020.
55. UNICEF Ukraine. New activation to boost inclusive education for 160,000 children living with disabilities in Ukraine. 2024 Dec 3.
56. UNICEF Україна. Перший Національний урок з інклюзії – прес-реліз до Дня людей з інвалідністю. 2024 Dec 3. Available from: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/activation-to-boost-inclusive-education>
57. UNICEF. *Disability Inclusion in UNICEF Activities in Ukraine 2022–2024*. 2022.

58. UNICEF. Ukraine war response: Children with disabilities. 2022 Jun 10. Available from: <https://www.unicef.org/emergencies/ukraine-war-response-children-disabilities>
59. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006.
60. Villeneuve M, Hutchinson NL. Enabling outcomes for students with developmental disabilities through collaborative consultation. Qualitative Report. 2012;17(49):1–29.
61. Villeneuve M. A critical examination of school-based occupational therapy collaborative consultation. Can J Occup Ther. 2009;76(1\_suppl):206–218.
62. Vitomska M. 1.1 Поняття інклюзії в освіті: міжнародний та український контекст [документ Word в Інтернеті]. Київ: ChatGPT/Автор; 2025 [цитовано 2025 трав 21].
63. Верховна Рада України. Закон України «Про освіту» №2145-VIII від 05.09.2017 р. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
64. Глодковська Й, Марцинковська Б, Войдила Е. Students with Disabilities in Inclusive Educational Settings in Poland. In: Inclusive Pedagogical Practices... Springer; 2022.
65. Кабінет Міністрів України. Постанова №88 від 14 лютого 2017 р. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/88-2017-п>
66. Міністерство освіти і науки України. Інклюзивне навчання – нормативні положення та роз’яснення. МОН України; 2017–2021.
67. Міністерство освіти і науки України. Інклюзивне навчання усуває бар’єри... МОН; 2020 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://mon.gov.ua/tag/inklyuzivne-navchannya>
68. Міністерство освіти і науки України. Статистичні дані щодо інклюзивного навчання (станом на 01.01.2025). [Internet]. 2025 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://mon.gov.ua>

69. МОН України. Історія впровадження інклюзивної освіти в Україні.  
Офіційний портал. <https://mon.gov.ua>

70. Прохоренко ЛВ. Інклюзивність та безбар'єрність освітнього простору: діти з особливими освітніми потребами. Освіта осіб з особливими потребами. 2024;2(25):203-219.