

Дрогобицький державний педагогічний університет
ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА

Ірина Садова

ОСНОВИ

ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

ПІДРУЧНИК

Дрогобич
2019

УДК 376(075.8)
С14

Рекомендовано до друку вченою радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка
(протокол № 16 від 22. 11. 2018 р.)

Рецензенти:

Пантюк Микола Павлович, доктор педагогічних наук, професор кафедри педагогіки і методики початкової освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Невмержицька Олена Василівна, доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

Садова Ірина.
С 14 ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ : підручник [для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 01 «Освіта» спеціальності 013 «Початкова освіта»] / **Ірина Садова.** – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2019. – 242 с.

Підручник написано відповідно до робочої програми навчальної дисципліни «Основи дефектології та інклюзивної освіти», затвердженої вченою радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. У підручнику розкрито теоретичні, нормативно-правові та організаційно-методичні засади впровадження інклюзивної освіти в Україні; дається характеристика дітей з особливими освітніми потребами, розкриваються особливості їхнього розвитку, навчання і виховання. Рекомендується для підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 01 «Освіта» спеціальності 013 «Початкова освіта».

ЗМІСТ

ВСТУП	6
 РОЗДІЛ 1. Сутність, зміст та головні завдання інклюзивної освіти	
1.1. Концептуальні підходи до організації інклюзивної освіти в освітньому просторі.....	8
1.2. Основні категорії та поняттєво-термінологічні визначення	11
1.3. Становлення та розвиток інклюзивної освіти в країнах Європи.....	12
1.4. Проблеми та перспективи впровадження інклюзивної освіти в Україні.....	16
1.5. Нормативно-правове забезпечення інклюзивної освіти.....	19
 РОЗДІЛ 2. Предмет і завдання дефектології. Діти з особливими освітніми потребами (загальна характеристика)	
2.1. Дефектологія, її об'єкт та предмет. Основні завдання навчальної дисципліни.....	24
2.2. Поняття «дитина з особливими освітніми потребами». Види психофізичних порушень та причини їх виникнення.....	26
2.3. Специфічні проблеми сімей, пов'язані з вихованням дитини з ООП.....	28
2.4. Корекційно-виховна робота з дітьми та умови підвищення її ефективності.....	32
 РОЗДІЛ 3. Діти з порушенням слуху	
3.1. Предмет і завдання сурдопедагогіки. Класифікація слухових порушень у дітей та причини їх виникнення.....	39
3.2. Роль слуху в розвитку дитини. Вплив зниження слуху на психічний розвиток дитини. Важливість ранньої діагностики....	44
3.3. Особливості розвитку пізнавальної сфери у дітей із порушеннями слуху.....	49
3.4. Дослідження слухової функції та спеціальна допомога дітям із порушеннями слуху в умовах масової школи.....	51
3.5. Невербальні засоби комунікації. Мова жестів.....	58
 РОЗДІЛ 4. Характеристика дітей із порушенням зору	
4.1. Роль зору в життєдіяльності та розвитку дитини.....	64
4.2. Особливості зорового сприймання в дитячому віці.....	66

4.3. Класифікація зорових порушень у дітей та причини їх виникнення.....	68
4.4. Індивідуальний підхід і соціальна допомога дітям з незначними порушеннями зору в умовах масової школи. Альтернативні методи лікування порушень зору.....	75
4.5. Рельєфно-крапковий шрифт Брайля.....	82

РОЗДІЛ 5. Діти з порушенням мовлення

5.1. Основні закономірності розвитку мовлення. Логопедія, її предмет і завдання.....	88
5.2. Вікові особливості мовленнєвого розвитку дитини.....	92
5.3. Основні форми порушення мовлення.....	95
5.3.1. Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ).....	95
5.3.2. Дисфонія.....	98
5.3.3. Порушення темпу мовлення (брадилалія, тахилалія)....	98
5.3.4. Заїкання.....	99
5.3.5. Дислалія.....	102
5.3.6. Ринологія.....	104
5.3.7. Дизартрія.....	107
5.3.8. Афазія.....	109
5.3.9. Алалія.....	110
5.3. 10.Порушення письма і читання (дислексія, дисграфія).....	112
5.4. Організація спеціальної логопедичної допомоги дітям із розладами мовлення.....	114

РОЗДІЛ 6. Характеристика дітей із затримкою психічного розвитку

6.1. Затримка психічного розвитку у дітей та її причини.....	127
6.2. Форми затримки психічного розвитку та їх психолого-педагогічна характеристика.....	137
6.3. Діагностика затримки психічного розвитку в дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними.....	140
6.4. Поняття про порушення інтелектуального розвитку. Клініко-педагогічна характеристика дітей-олігофренів. Інші категорії дітей з порушенням інтелектуального розвитку	146

РОЗДІЛ 7. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату

7.1. Причини порушення опорно-рухового апарату у дітей. Поняття про втому.....	153
7.2. Особливості розвитку дітей із дитячим церебральним паралічем.....	155

7.3. Головні напрями корекційно-виховної роботи при порушеннях опорно-рухового апарату у дітей та вимоги до такої роботи. Кондуктивна педагогіка.	163
РОЗДІЛ 8. Організація та зміст роботи психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК)	
8.1. Психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) та її функції.....	169
8.2. Перелік документів для проведення консультації у ПМПК.....	171
8.3. Супровід ПМПК педагогів загальноосвітніх навчальних закладів.....	172
РОЗДІЛ 9. Особливості організації інклюзивного навчання у загальноосвітній школі	
9.1. Спеціальні умови організації навчання дітей з особливими освітніми потребами в навчальному закладі.....	174
9.2. Індивідуальна програма розвитку (ІПР) учня та її компоненти.....	175
9.3. Індивідуальна навчальна програма та індивідуальний навчальний план у контексті написання ІПР.....	177
9.4. Індивідуальна форма навчання та індивідуальна програма реабілітації.....	178
РОЗДІЛ 10. Діяльність вчителя в умовах інклюзивної освіти	
10.1. Підготовка вчителів до навчання дітей, які мають особливі освітні потреби.....	183
10.2. Основні завдання й функції асистента вчителя в освітньому процесі.....	185
10.3. Особливості діяльності інших фахівців в інклюзивному середовищі.....	187
10.4. Педагогічна діагностика та оцінювання навчальних досягнень учнів.....	188
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	195
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ.....	200
ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА	208
ДОДАТКИ	215

ВСТУП

У зв'язку з впровадженням в Україні інклюзивного навчання, постала проблема підготовки кваліфікованих фахівців до роботи в інклюзивному навчально-розвивальному середовищі. Цьому слугує вивчення навчальної дисципліни «Основи дефектології та інклюзивної освіти», головна мета якої – формування у студентів систематизованих уявлень про теоретичні, нормативно-правові та організаційно-методичні засади інклюзивної освіти в Україні; вдосконалення їхньої професійної майстерності у навчанні й вихованні дітей з особливими освітніми потребами.

Предметом навчальної дисципліни є вивчення закономірностей та особливостей розвитку, виховання та навчання різних категорій дітей з особливими потребами.

Головними завданнями вивчення дисципліни є: сформулювати у здобувачів цілісне уявлення про сутність та головні завдання інклюзивної освіти в Україні; розвинути навички здійснення індивідуального підходу в навчанні й вихованні дітей з особливими освітніми потребами; виробити навички диференційованого викладання та оцінювання в умовах інклюзивного навчання.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент має знати: предмет, мету і завдання дефектології як науки; особливості навчання й виховання дітей з особливими освітніми потребами; теоретико-методологічні та нормативно-правові засади впровадження інклюзивної освіти в Україні; досвід зарубіжних країн із впровадження інклюзивного навчання у школі; сутність та завдання корекційно-розвивальної роботи та основи диференційованого викладання; методики оцінювання навчальних досягнень та розвитку дітей з особливими освітніми потребами; технології налагодження педагогічної співпраці з батьками учнів із особливими освітніми потребами, шкільним

психологом, соціальним педагогом, медичним працівником та іншими; типові проблеми й труднощі, що виникають у процесі впровадження інклюзивної освіти в Україні.

А також оволодіти уміннями: створювати індивідуальні навчальні програми для дітей з особливостями психофізичного розвитку на основі діагностики їхніх потреб; працювати з нормативно-правовими джерелами і оформлювати документацію, що регламентує діяльність педагога в системі інклюзивної освіти; здійснювати необхідні адаптації/модифікації курикулуму й методики викладання; застосовувати адаптивні методики викладання й стандартизованого оцінювання в інклюзивному процесі; ефективно взаємодіяти з різнопрофільними фахівцями й батьками дітей з особливими освітніми потребами; створювати морально-психологічний комфорт у класі на засадах суб'єкт-суб'єктної взаємодії, гуманності, милосердя, співробітництва.

Пропонований підручник укладено відповідно до робочої програми навчальної дисципліни «Основи дефектології та інклюзивної освіти». Його викладання ґрунтується на матеріалах сучасних вітчизняних і зарубіжних наукових досліджень інклюзивного процесу та має метою вдосконалення професійної майстерності майбутніх учителів початкових класів у навчанні й вихованні дітей з особливими освітніми потребами.

Основні поняття з інклюзивної освіти містяться в короткому термінологічному словнику. У додатках представлено проєктивні методики та технології забезпечення інклюзивного процесу.

Підручник рекомендований насамперед студентам і викладачам закладів вищої освіти. Книга буде корисною також соціальним педагогам, дефектологам, вчителям загальноосвітніх шкіл.

РОЗДІЛ 1. СУТНІСТЬ, ЗМІСТ ТА ГОЛОВНІ ЗАВДАННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

- 1.1. Концептуальні підходи до організації інклюзивної освіти в освітньому просторі.
- 1.2. Основні категорії та поняттєво-термінологічні визначення.
- 1.3. Становлення та розвиток інклюзивної освіти в країнах Європи.
- 1.4. Проблеми та перспективи впровадження інклюзивної освіти в Україні.
- 1.5. Нормативно-правове забезпечення інклюзивної освіти

1.1. Концептуальні підходи до організації інклюзивної освіти в освітньому просторі

Сучасний етап модернізації освіти пов'язаний, насамперед, з усвідомленням соціумом свого ставлення до соціально незахищеного населення. Відмова суспільства від поділу дітей на «повноцінну більшість» і «неповноцінну меншість», підтверджується появою терміна «діти з особливими освітніми потребами», в якому закріплено зміщення акценту з відхилень від норми у фізичному або психічному розвитку дитини на фіксацію потреб дітей в особливих умовах освіти, на відповідальність суспільства за реалізацію цих потреб. Актуальність проблеми пов'язана, насамперед з тим, що число дітей з особливими потребами в Україні понад 1 млн, що становить 12 % від загальної кількості дітей у країні.

Суспільство, визнавши свій обов'язок забезпечити всім рівні можливості в різних сферах життя, запропонувало нові освітні концепції, зокрема інклюзивну освіту, яка передбачає створення умов для забезпечення освітою всіх дітей. Суть її полягає в тому, що діти з обмеженими можливостями здоров'я мають можливість навчатися у загальноосвітніх (масових) школах разом зі здоровими однолітками, бути в колективі, розвиватися відповідно до своїх можливостей і знаходити перспективу в житті суспільства.

Розглядаючи проблематику інклюзивної освіти, маємо звернутися до тлумачення самого терміна. З огляду на проблему нашого дослідження цінність становить монографія

А. Колупаєвої, у якій трактується термін «інклюзивна освіта» та проаналізовано визначення, що містяться у головних міжнародних документах: Стандартних правилах урівнення можливостей інвалідів ООН, Декларації прав дитини ООН, Саламанкській декларації та програмі дій з навчання осіб з особливими потребами, Міжнародних консультаціях із питань раннього навчання з особливими освітніми потребами.

Інклюзивна освіта (інклюзія – inclusion (англ.) – залучення), передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи за місцем проживання.

Перші спроби залучити дітей з особливостями розвитку до загальноосвітнього процесу наразі мають стільки перешкод, що ставлять під сумнів українську інклюзію як таку. Для існування толерантного, а краще сказати, морального суспільства, інклюзія вкрай необхідна – це вже доведений факт. Це як вулиця з двостороннім рухом. Діти з особливими потребами вимагають рівних можливостей і адекватної цьому соціалізації, що й надає їм інклюзія. А здорові діти при звичаються сприймати фізичні порушення цілком нормально, відчувати іншого як рівного. Це і є природне виховання моральності.

Необхідність соціальної, культурної і освітньої інклюзії дітей з особливими освітніми потребами підкреслюється в роботах багатьох авторів (М.Алексєєва, С.Альохіна, Л.Годовникова, Н.Малофєєв, Н.Назарова, М.Семаго, А.Захаров, Г.Іващенко, В.Кондрашин, А.Копитін, Л.Обухова, Л.Одинченко, О.Чебикіна, М.Щибрик та ін.), які відзначають її величезний педагогічний ресурс. Протягом останнього десятиліття вітчизняні науковці, зокрема В.Бондар, В.Синьов, В.Тищенко, А.Колупаєва, Т.Євтухова, І.Іванова, О.Столяренко, А.Шевчук, О.Савченко та інші присвячують свої праці дослідженням проблеми залучення дітей з особливими потребами до навчання в загальноосвітніх навчальних закладах. Значний вплив на розвиток системи спеціальних закладів, удосконалення їх структури, розробку методик ранньої діагностики психічного розвитку дітей мають праці психологів Л.Виготського, О.Венгер, О.Запорожця, О.Киричука, Г.Костюка, Б.Корсунської, С.Максименка,

Н.Морозової, П.Таланчука, В.Тарасун, М.Ярмаченка. В них обґрунтовано принципіві положення щодо ролі корекційного виховання у підготовці дітей до шкільного навчання.

У листі МОН (№ 1/9-384 від 18.05.12 року) про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах зазначено, що основними завданнями інклюзивної освіти є:

- здобуття дітьми з особливими освітніми потребами освіти відповідного рівня у середовищі здорових однолітків відповідно до Державного стандарту загальної середньої освіти;

- створення освітньо-реабілітаційного середовища для задоволення освітніх потреб учнів з особливостями психофізичного розвитку;

- створення позитивного мікроклімату у загальноосвітньому навчальному закладі з інклюзивним навчанням;

- надання консультативної допомоги сім'ям.

Для організації інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітніх навчальних закладах необхідно створити відповідні умови:

- безперешкодний доступ до території та приміщень закладу освіти.

- забезпечення навчального закладу необхідними навчально-методичними посібниками та індивідуальними технічними засобами навчання;

- наявність кабінетів учителя-дефектолога, психологічного розвантаження, логопедичного з відповідним корекційним обладнанням;

- забезпечення педагогічними кадрами, які володіють методиками роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.

Для забезпечення ефективності освітнього процесу наповнюваність класу з інклюзивним навчанням має становити не більше як 20 учнів, з них: 1 – 3 учнів з однорідними порушеннями розвитку: з порушенням інтелектуального розвитку, порушеннями опорно-рухового апарату, зі зниженим зором, слухом, затримкою психічного розвитку та інші; не більше 2 дітей: сліпих, глухих, з тяжкими порушеннями мовлення; дітей із складними порушеннями розвитку; діти, які пересуваються на інвалідних візках.

1.2. Основні категорії та поняттєво-термінологічні визначення

Інклюзивне навчання – гнучка, індивідуалізована система навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи за місцем проживання. Навчання (у разі потреби) відбувається за індивідуальним навчальним планом, забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом.

Термін «інклюзія» концептуально відмінний від терміна «інтеграція». Зокрема, в документі «Міжнародні консультації з питань навчання дітей з особливими освітніми потребами» вказується, що **інтеграція** визначається як зусилля, спрямовані на введення дітей у регулярний освітній простір. Інклюзія – це політика та процес, що дають змогу всім дітям брати участь у всіх освітніх і соціальних програмах. Відмінність у підходах полягає у визначенні того факту, що ми змінюємо суспільство, аби воно врахувало й пристосувалося до індивідуальних потреб людей, а не навпаки. Основоположним в інклюзивних підходах є те, що не особистість має прилаштовуватися до суспільних, соціальних, економічних стосунків, а навпаки – суспільство має створити умови для задоволення особливих потреб кожної особистості.

Що таке універсальний дизайн і розумне пристосування?

Ці два терміни зазначені серед інших у Конвенції ООН «Про права осіб з інвалідністю», яку Україна ратифікувала у 2009 році. Уперше появившись в архітектурній сфері, **універсальний дизайн в освіті** є підходом, що забезпечує врахування всіх потреб учнів/студентів на етапі планування освітніх послуг/продуктів і стосується усіх аспектів освітнього процесу: навчальних програм, навчальних планів, процесу оцінювання навчальних досягнень учнів, дизайну навчальних закладів, спортивних майданчиків, веб-сайтів тощо.

Розумне пристосування означає внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, модифікацій і коректив, які є необхідними, відповідними й виправданими.

Корекцією (від лат. «correctio» – поліпшення, виправлення) називають сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку дитини.

Компенсація (від лат. «compensatio» – «відшкодування», «врівноваження») у загальнобіологічному розумінні означає одну з форм пристосування організму до умов існування при випадінні або порушенні якоїсь його матеріальної структури або функції внаслідок перенесеного захворювання, травми, ушкодження.

Педагогічна реабілітація – це система заходів виховного характеру, яка спрямована на формування особистісних якостей дитини, значущих для її життєдіяльності, активної життєвої позиції, яка сприяє інтеграції дитини до закладів освіти для отримання необхідної освіти.

1.3. Становлення та розвиток інклюзивної освіти в країнах Європи

У XIX ст. уперше у світовій історії було спростовано упереджене сприйняття неповносправних осіб: змінився соціальний статус дітей з обмеженими можливостями здоров'я, які отримали офіційну державну підтримку.

Серед європейських країн **Італія** посідає чільне місце у впровадженні ідей інтегрованого та інклюзивного навчання, оскільки однією з перших визнала інтегративне та інклюзивне навчання найприйнятнішою для неповносправних дітей формою здобуття освіти. Під тиском громадськості у 1971 р. в Італії був ухвалений новий «Закон про освіту», який законодавчо закріпив право батьків на вибір навчального закладу, визначив статус масових шкіл, де навчаються всі діти з проблемами в розвитку, забезпечив державну підтримку щодо здобуття освіти дітям з особливостями психофізичного розвитку.

У 1977 р. були розроблені додатки до «Закону про освіту», які визначали, що діти з особливостями розвитку мають ходити до школи поблизу домівки та навчатися у класах разом зі своїми однолітками; наповнюваність класів не може перевищувати 20 учнів; у такому класі може навчатися не більше 2 дітей з порушеннями; спеціальні класи в масових школах анулюються; школярі з особливими освітніми потребами мають бути забезпечені кваліфікованою підтримкою з боку педагогів і різнопрофільних фахівців, які працюють з ними за узгодженими програмами; у класах із сумісним навчанням мають працювати спеціальні педагоги разом з учителями.

У *Німеччині*, як і в Італії, спеціальна підтримка таких осіб здійснюється міждисциплінарною командою фахівців, батьків та громадських представників. Слід особливо наголосити на активних зусиллях усього шкільного колективу щодо створення природної, відкритої і сприятливої атмосфери взаємодії усіх зацікавлених у цьому процесі сторін. Спеціальні педагоги і педагоги загальної освіти раз на тиждень спільно працюють над планом роботи на наступний тиждень. Цінним у досвіді Німеччини є чітко визначена чисельність дітей в інклюзивному класі – у співвідношенні не більше 3 неповносправних дітей до 23 здорових однолітків. Психолого-педагогічний супровід забезпечується педагогічними центрами, які надають різнопланову допомогу школярам з особливими освітніми потребами, проводять з ними профорієнтаційну роботу, координують діяльність різнопрофільних фахівців, консультують батьків і вчителів масових та спеціальних шкіл тощо.

Довгий час основним інститутом навчання й виховання дітей із різними захворюваннями в *Польщі* були спеціальні (інтеграційні) школи, у яких на всіх заняттях основному вчителю асистує спеціальний педагог, у класах здебільшого навчається 15 – 20 дітей, із яких 2 – 3 мають особливі освітні потреби.

Корисним видається досвід й іншої європейської держави – *Австрії*. Розроблена експериментальна програма передбачала апробацію чотирьох моделей інтегрованого навчання, зокрема:

- *інтегровані класи*. У класі навчалася 20 учнів, четверо з яких мали особливі освітні потреби. Навчання проводили 2 педагоги, один з яких був учителем спеціальної школи. Для дітей з особливостями розвитку розроблялася індивідуальна навчальна програма, яка передбачала надання психолого-педагогічної допомоги;

- *взаємодіючі класи*. Ця модель передбачала, що учні зі спеціальної школи та їхні однолітки з масової школи братимуть участь у спільних заходах, спілкуватимуться під час позакласної роботи тощо, однак, увесь навчальний час проводитимуть окремо;

- *малокомплектні класи* передбачали наявність спеціального класу в масовій школі у складі 6 – 11 учнів.

Переважно ці класи склалися з учнів із затримкою у розвитку пізнавальних процесів. Навчання таких школярів відбувалося за програмою масової початкової чотирирічної школи, однак, термін навчання подовжувався до шести років;

- *звичайні класи*, в яких учні з особливими освітніми потребами, їхні батьки та вчителі отримують допомогу від спеціально підготовлених шкільних консультантів.

На думку експертів, найбільш дієвою моделлю стали інтегровані класи.

Одним із наслідків проведення науково-пошукового експерименту державного значення стало прийняття Австрією у 1993 р. «Закону про освіту», у якому законодавчо визнано право батьків на вибір навчального закладу для своєї дитини, регламентовано функціонування спеціальних та інклюзивних закладів. Сьогодні у спеціальних закладах країни навчаються лише діти зі значними порушеннями слуху, зору та інтелекту.

Англійські науковці запропонували універсальну теоретичну модель забезпечення інклюзії у школі, відповідно до якої інклюзивним педагогам необхідно проявляти особливу гнучкість стосовно індивідуальних характеристик дітей з обмеженими можливостями здоров'я. У жодному випадку їх не слід ні ізолювати від їхніх ровесників, ні безглуздо «занурювати» в загальноосвітні класи. Потрібна реалізація цілого комплексу заходів із максимальним урахуванням особистісного чинника: ретельні діагностика, планування та моніторинг рівня індивідуального розвитку хворої дитини; використання ефективної підтримки з боку дорослого члена педагогічного колективу (коли це необхідно); гармонійне провадження паралельної роботи двох педагогів (загальної та спеціальної освіти); й визнання всім колективом школи ідеї інклюзії та спільне й ефективне розв'язання труднощів, спричинених різноманітними потреб дітей; безперервний супровід в освітньому процесі неповносправної дитини з метою підвищити рівень її досягнень через призму вимог школи, вихідного потенціалу й успішності інших дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Цікавий досвід навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку має **Бельгія**. Після проходження дітьми

з порушеннями розвитку ретельного психолого-медико-соціально-педагогічного обстеження, яке відбувається в ПМС-центрах (психолого-медико-соціальних центрах), складається загальний висновок і надаються рекомендації стосовно майбутнього навчання дитини. Батьки (опікуни) дитини беруть активну участь в обговоренні результатів та ухваленні кінцевого рішення щодо вибору освітнього закладу – масового чи спеціального. ПМС-центри функціонують у системі масової та спеціальної освіти. Допомога спеціалістів ПМС-центрів школам полягає у визначенні освітнього маршруту дитини з особливими потребами (переведення її з одного закладу до іншого, з нижчого освітнього рівня на вищий), у складанні індивідуальних планів навчання, проведенні корекційної роботи тощо.

Закон передбачає: безкоштовне обов'язкове навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку (з 6 до 18 років) терміном 12 років.

У *Нідерландах* діти з обмеженими можливостями здоров'я здобувають освіту за програмою «Навчаємося разом» (за іншим перекладом – «Ідемо до школи разом») у загальному потоці, якщо з цим погоджуються батьки.

У *Швеції* з 1995 р. функціонує лише чотири типи спеціальних шкіл: для дітей з помірними порушеннями інтелектуального розвитку, з труднощами в навчанні та для дітей з комплексними порушеннями.

Шведська модель дітей з особливими освітніми потребами передбачає використання спеціальної допомоги як позашкільних служб, так і фахівців, які працюють за угодами в навчальних закладах, зокрема, асистентів педагога. В усіх територіальних округах країни функціонують Центри дитячої реабілітації, співробітники яких надають необхідну допомогу дітям з обмеженими можливостями. Саме ці фахівці належать до основного складу групи спеціалістів, які визначають освітній маршрут дитини з особливими потребами, розробляючи індивідуальні навчальні програми з наданням відповідних реабілітаційно-корекційних послуг, хоча основне навантаження, як і відповідальність за навчання, покладені на вчителя-класовода.

Отже, проведений нами аналіз показує, що в пошуку ідеальної моделі інклюзивної школи зарубіжні педагоги поступово усвідомлюють неможливість створення єдиної універсальної моделі інклюзії, яку можна адаптувати в кожній школі, а також єдино правильного шляху її реалізації в загальноосвітньому процесі.

Аналіз досвіду навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у країнах Європи свідчить, що у переважній більшості з них інклюзивне навчання є основною формою здобуття освіти людьми з обмеженими можливостями.

1.4. Проблеми та перспективи впровадження інклюзивної освіти в Україні

Збільшення кількості дітей із порушеннями в розвитку не лише проблема українського, але глобального масштабу. У суспільстві, в засобах масової інформації, серед науковців та педагогічної громадськості закономірно постають питання: Чи готове наше суспільство (морально, психологічно, соціально) задовольнити навчальні потреби дітей з психофізичними порушеннями в середовищі «здорових» однолітків? Чи зможуть ці діти «вписатися» в загальноосвітній простір, розкрити свої потенційні можливості й стати корисними членами суспільства? Сьогодні мало хто з науковців візьме на себе сміливість позитивно оцінити ці кроки. Концепція інклюзивного навчання є складною і багатоаспектною проблемою. Вона містить низку сегментів, без попереднього розв'язання яких ця ідея приречена на невдачу. Потрапивши до загальноосвітнього закладу дитина з особливими потребами залишиться самотньою, з комплексом проблем, якщо одночасно з цим не розширюватиметься рівень і обсяг спеціальних освітніх послуг, зокрема, таких як: навчання за індивідуальними навчальними планами, програмами, підручниками (особливо в початковій школі), наявність спеціального обладнання, дидактичних матеріалів, надання діагностичних, консультативних і дійових послуг спеціалістами (логопедичні, медичні, соціальні, фізіотерапевтичні та ін.).

Н. Стадієнко вважає позитивною ідею про перебування дітей з особливими потребами разом зі здоровими: «Хто ж краще розкаже сліпій дитині про доквілля, «покаже» його, навчить

пересуватися у відомому приміщенні? Хто краще навчить дитину з проблемами розумового розвитку гратися іграшками, звертати увагу на суттєві речі, осмислювати їх, розмовляти, правильно реагувати на різні явища? Звичайно, ті діти, які розвиваються нормально». Але здорові діти уникають товаришування з особливими дітьми, можуть ображати, глузувати з них. «На жаль, у нашій країні не виховується милосердя, співчуття до слабшого. Звісно, ці якості не можуть появилися самі собою в дітей. Дуже багато треба зробити в нашій країні, щоб ситуація змінилася на краще, аби діти зрозуміли, що людина гідна називатися людиною, коли вона дбає про інших, особливо про слабших, коли допомагає їм, робити їхнє життя кращим, щасливішим».

Потрібно зазначити, що всі перераховані позитивні риси інклюзивної освіти визначені на рівні саме теоретичної моделі, а практично реалізуються не завжди на бажаному рівні. В Україні практика впровадження інклюзивних форм освіти в систему загальноосвітніх закладів освіти є досить складною, що пов'язано з наявністю бар'єрів загальної освіти, які заважають успішній реалізації інклюзивних процесів.

До таких бар'єрів належать: невідповідність педагогічного корпусу загальної освіти (дидактична, психологічна, особистісна) до участі в інклюзивних процесах; відсутність системного бачення проблеми інклюзії і шляхів її розв'язання в різних освітніх структурах. У комплексі проблем, пов'язаних з формуванням компетентності студентів педагогічних ЗВО, виділяється проблема підготовки майбутнього вчителя до роботи із дітьми в умовах інклюзивної освіти.

Як зазначає С. Альохіна, система фінансування закладів загальної середньої освіти в Україні залишається застарілою і не враховує особливі потреби окремих дітей, що здатні навчатися у звичайних школах. Кабінетні дослідження виявили досить розповсюджені уявлення та стереотипи щодо інклюзії. Серед поширених думок, які транслиуються у суспільстві і експертному середовищі, є такі:

- впровадження інклюзії відбувається для зменшення витрат на спеціальну освіту;
- інклюзія – це мода, яка швидко пройде, але зруйнує спеціальну освіту;

- інклюзивна освіта – це вимога часу і ознака демократичного суспільства;
- спеціальні освітні заклади мають закриватися, їхня кількість скорочуватися;
- система нормативної масової освіти важко сприймає інновації, інклюзія буде болісною для неї;
- вчителі загальноосвітніх шкіл не готові психологічно та методично;
- батьки здорових дітей будуть проти, здорові діти жорстокі, тому в школах будуть конфлікти;
- бюрократична система та відсутність координації між усіма зацікавленими сторонами може зруйнувати будь-яку найкращу ініціативу.

С. Альохіна у своєму аналітичному звіті про результати комплексного дослідження проблем інклюзивної освіти в Україні дає чіткі рекомендації:

1. Впроваджувати інклюзивну освіту поступово та еволюційно.
2. Не закривати спеціальні школи та не нехтувати ресурсами спеціальної педагогіки.
3. Будувати співпрацю з фахівцями спеціальних шкіл, залучати їх до процесу інклюзії.
4. Проводити правові просвітницькі кампанії, спрямовані на суспільство та інформування батьківської спільноти щодо прав дітей на освіту.
5. Створити спільне для всіх дітей освітнє законодавство.
6. Багато уваги приділити вчителям – змінювати їхнє ставлення до інклюзії, оскільки в цьому – запорука успіху.

У зв'язку з цим А. Колупаєва окреслила коло умов, які є визначальними в успішності інклюзивних процесів: соціальна підтримка і допомога сім'ям дітей з обмеженими можливостями; розробка законодавчої бази інклюзивного навчання осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Отже, настає час уваги до неповносправної дитини, чие існування робить наше суспільство добрішим, толерантнішим, зрештою, просто нормальним людським суспільством. Так, урахування та реалізація нормативно-правового, науково-методичного забезпечення змісту освітнього процесу,

використання сучасних підходів до інклюзивного навчання дітей зазначеної категорії, що включають цілеспрямовану діяльність педагогів та батьків учнів, співпрацю з командою фахівців, забезпечують ефективність навчання дітей і створюють підґрунтя для успішного навчально-корекційного результату.

1.5. Нормативно-правове забезпечення інклюзивної освіти

Із моменту здобуття Україною незалежності у 1991 році та вибору курсу на розбудову відкритого демократичного суспільства, наша держава ратифікувала низку міжнародних документів у сфері захисту прав людини, зокрема у сфері забезпечення права на освіту. Ці документи визначають ключові стандарти прав людини, у тому числі й щодо права на здобуття освіти. Визнаним міжнародним законодавцем у сфері захисту прав людини є Організація Об'єднаних Націй, яка у своїх законодавчих актах визначила, що питання інвалідності стосується сфери захисту прав людини, а не лише реабілітації та соціального забезпечення.

Важливим для осмислення інклюзивного підходу до освіти є положення *Конвенції про права дитини (1989 р.)*, яку Україна ратифікувала Постановою Верховної Ради України від 27 лютого 1991 року і яка ґрунтується на визнанні прав усіх дітей, на пріоритеті загальнолюдських цінностей і гармонійному розвитку особистості, недискримінації дитини з інвалідністю за будь-якими ознаками. Освітнім правам дітей присвячена стаття 28, де зазначається, що «Держави-учасниці визнають право дитини на освіту і з метою поступового досягнення здійснення цього права на підставі рівних можливостей вони, зокрема:

1) сприяють розвитку різних форм освіти, як загальної середньої, так і професійної, забезпечують її доступність для всіх дітей і вживають такі заходи, як увведення безкоштовної освіти та надання у випадку необхідності фінансової допомоги;

2) забезпечують доступність інформації й матеріалів у галузі освіти та професійної підготовки для всіх дітей».

Саламанкська декларація про принципи, політику та практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами була прийнята на Всесвітній конференції з питань освіти осіб з особливими потребами, що відбулася 7 – 10 червня 1994 року і

стала першим міжнародним документом, який наголосив на необхідності проведення освітніх реформ у напрямі інклюзивної освіти. У зверненні до всіх урядів наголошується, що пріоритетним з погляду політики та бюджетних асигнувань має бути «реформування системи освіти, яке б дало змогу охопити навчанням усіх дітей, незважаючи на індивідуальні відмінності та труднощі; законодавчо визнати принцип інклюзивної освіти, який полягає в тому, що всі діти перебувають у звичайних школах, за винятком тих випадків, коли не можна вчинити інакше; всіляко заохочувати обмін досвідом з країнами, що мають інклюзивну систему навчання; сприяти участі батьків, громад, громадських організацій осіб з неповносправністю в процесах планування та прийняття рішень, що стосуються задоволення спеціальних навчальних потреб; всіляко сприяти розробці стратегій діагностування та визначення особливих потреб у дітей, а також розробляти науково-методичні аспекти інклюзивного навчання; значну увагу варто приділити підготовці педагогів до роботи в системі інклюзивної освіти».

Ключові принципи і положення Саламанкської декларації дали змогу обґрунтувати доцільність переходу до інклюзивних шкіл з кількох поглядів, зокрема:

- цілей освіти: потреба в інклюзивних школах пов'язана з необхідністю спільного навчання усіх дітей. Школи мають розробляти методи викладання, які враховують індивідуальні відмінності усіх дітей;

- соціального: інклюзивні школи можуть змінити ставлення до відмінностей шляхом спільного навчання усіх дітей і сформуванню основи для справедливого й недискримінаційного суспільства;

- економічного: створення й утримання в належному стані шкіл, де всі діти навчаються разом, є менш кошовною справою, аніж формування складної системи різних типів шкіл, які спеціалізуються на навчанні різних груп дітей.

Конвенція ООН про права людей з інвалідністю стала відправним документом для законодавчого закріплення інклюзивної політики та практики на державному рівні. Конвенція ратифікована Верховною Радою України 16 грудня

2009 року. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю і Факультативний протокол до неї (затверджені 13 грудня 2006 року в м. Нью-Йорк) стали одними з найвизначніших міжнародних документів у сфері захисту прав людей з інвалідністю, які закріпили проголошені Організацією Об'єднаних Націй у Загальній декларації прав людини та в міжнародних пактах про права людини права людей з інвалідністю та конкретизували їх, у тому числі і права дітей.

У преамбулі до цього документа зазначено, що «...інвалідність – це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, й бар'єрами у ставленні та середовищі, і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими», а також, що «...інваліди продовжують натрапляти на бар'єри на шляху до їхньої участі в житті суспільства як повноправних членів і з порушенням їхніх прав людини в усіх частинах світу».

Особливої уваги заслуговує стаття 24 «Освіта», де зазначається, що «...держави-учасниці визнають право інвалідів на освіту. Для цілей реалізації цього права без дискримінації й на підставі рівності можливостей держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях протягом усього життя», а також що «...держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди не виключалися через інвалідність із системи загальної освіти, а діти-інваліди – із системи безплатної та обов'язкової початкової або середньої освіти; забезпечення розумного пристосування, що враховує індивідуальні потреби; отримання всередині системи загальної освіти необхідної підтримки для полегшення ефективного навчання; доступ до загальної середньої освіти, професійного навчання, освіти для дорослих і навчання протягом усього життя без дискримінації та нарівні з іншими».

07 вересня 2016 року Верховна Рада України ухвалила зміни до закону «Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї». Слово «інвалід» у Конвенції, ратифікованій у 2009 році, замінили поняттям «особа з інвалідністю».

Глобально, новий закон зробив три речі: узаконив поняття «інклюзивне навчання»; увів термін «діти з особливими

освітніми потребами»; дав змогу фінансувати з державної субвенції психолого-педагогічну та корекційно-розвивальну допомогу таким дітям.

Правовою основою інклюзивного навчання є Конституція України (1996 р.); Закон про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні (1991 р.); Закон про загальну середню освіту (1999 р.); Закон про реабілітацію інвалідів в Україні (2005 р.).

Література

1. Альохіна С. Інклюзивна освіта в Україні: здобутки, проблеми та перспективи: резюме аналітичного звіту за результатами комплексного дослідження / С. Альохіна. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.twirpx.com/file/974948>.

2. Бондар В. Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен / В. Бондар // Рідна школа. – 2011. – № 3. – С.10 – 14.

3. Давиденко Г. В. Нормативно-правове забезпечення інклюзивної освіти в Італії/ Галина Давиденко// Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». – 2013. – №2(8). – С. 65–70.

4. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради. – 1991. – № 2. – С. 252 – 258.

5. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради. – 2001. – № 30. – С. 142 – 150.

6. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради. – 2006. – № 2 – 3. – С. 36 – 42.

7. Колупаєва А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія / А. Колупаєва. – К. : «Самміт-Книга», 2009. – 272 с. : іл. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

8. Конвенція про права дитини. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021

9. Конвенція ООН про права людей з інвалідністю. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

10. Лапін А. В. Огляд зарубіжного досвіду інклюзивної освіти / А. В. Лапін // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2013. – Вип. 4(1). – С. 194 – 205.

11. Лист МОН, молоді та спорту України від 18.05.2012 №1/9–384 «Про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах»[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-organizaciyu-inklyuzivnogo-navchannja-u-zagalnoosvitnih-doc103247.html>.

12. Мігалуш А. О. Світові стратегії інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами: соціально-історичний аспект / А. О. Мігалуш //

Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право : збірник наукових праць. – 2013. – № 1 (17). – С. 75 – 80.

13. Саламанкська декларація про принципи, політику та практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами (1994р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://universitypeoplezdorovya.blogspot.com/2017/04/1994.html>

14. Стадієнко Н. Шляхи інтеграції дітей з особливими потребами у суспільство : науково-методичний збірник / ред. Н. Софій, І. Єрмаков та ін.// Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. – К. : Контекст, 2000. – 336 с.

15. Ушакова І. Освіта дітей з особливими потребами: пошук та перспективи / І. Ушакова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2008/97-84-11.pdf>.

16. Warming Н. Inclusive discourses in early childhood education? / Н. Warming. – Danmark : Roskilde University.

РОЗДІЛ 2. ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ ДЕФЕКТОЛОГІЇ. ДІТИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА)

2.1. Дефектологія, її об'єкт та предмет. Основні завдання навчальної дисципліни.

2.2. Поняття «дитина з особливими освітніми потребами». Види психофізичних порушень та причини їх виникнення.

2.3. Специфічні проблеми сімей, пов'язані з вихованням дитини з ООП.

2.4. Корекційно-виховна робота з дітьми та умови підвищення її ефективності.

2.1. Дефектологія, її об'єкт та предмет. Основні завдання навчальної дисципліни

Дефектологія (синонім: корекційна педагогіка) є складовою частиною педагогіки. *Дефектологія* – це наука про закономірності та особливості розвитку, виховання і навчання різних категорій осіб із відхиленнями у психічному чи фізичному розвитку.

Об'єкт дефектології – спеціальна освіта осіб з особливими освітніми потребами як соціокультурний та педагогічний феномен. *Предмет дефектології* – вивчення особливостей розвитку та освіти людини з обмеженими можливостями, особливості її становлення і соціалізації як особистості, знаходження найкращих шляхів, засобів, умов для корекції та компенсації діяльності порушених органів, функцій і систем, освіти такої людини з метою її максимальної соціальної адаптації та інтеграції у суспільство.

Завдання дефектології:

– вивчення педагогічних закономірностей розвитку особистості в умовах обмежених можливостей життєдіяльності;

– визначення корекційних та компенсаторних можливостей людини відповідно до наявного порушення психофізичного розвитку її індивідуальних особливостей;

– обґрунтування та розробка класифікації осіб з особливими освітніми потребами;

– розробка та реалізація освітніх корекційно-педагогічних, компенсаторних, реабілітаційних, запобіжних і розвивальних програм освіти осіб з особливими освітніми потребами;

– вивчення та здійснення соціального і середовищного адаптування, абілітації та реабілітації, інтеграції осіб з обмеженими можливостями різних вікових груп;

– розробка та апробація програм профорієнтування, профконсультування, професійної підготовки, соціально-трудової адаптації осіб з обмеженою працездатністю;

– реалізація механізмів інтеграції в освіті та соціокультурному середовищі, здійснення психолого-педагогічної підготовки батьків, що мають дітей з обмеженими можливостями.

Діти з порушеннями розвитку зазнають спільних та специфічних труднощів, які пов'язані з характером і вираженістю *первинних порушень*, а також з особливостями *вторинних*. Первинні спричинені безпосередньо хворобою, вторинні виникають унаслідок первинних порушень і потребують впливу ранньої корекційної допомоги. Специфічні проблеми хворих дітей обумовлені характером і ступенем вираженості відхилень, умовами соціально-педагогічного оточення на ранніх етапах розвитку. Спільними труднощами для цих дітей є соціальна дезадаптованість: низький рівень психічних процесів (уваги, сприймання, мислення, пам'яті); несформованість мотиваційної та емоційно-вольової сфер; знижена довільність психічних процесів, діяльності та поведінки; проблеми в оволодінні мовою; відхилення у сприйманні, осмисленні та використанні інформації з навколишнього середовища.

Дефектологія вивчає особливості фізичного і психічного розвитку, закономірності організації корекційного освітнього процесу, розробляє спеціальні засоби навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами. Актуальною проблемою виховання є їхня інтеграція в суспільство відповідно до визначених міжнародними законодавчими документами прав кожної дитини на життя, захист, освіту тощо.

2.2. Поняття «дитина з особливими освітніми потребами».

Види психофізичних порушень та причини їх виникнення

Учитель має орієнтуватися в медичних діагнозах і знати класифікації первинних порушень здоров'я за рівнем їхньої важкості, щоб попередити виникнення можливих вторинних відхилень.

Відповідно до ширшого розуміння інклюзивної освіти та міжнародних документів, *діти з особливими потребами* – це особи до 18-ти років, які потребують додаткової підтримки в освітньому процесі (діти з порушеннями психофізичного розвитку, діти з інвалідністю, діти-біженці, працюючі діти, діти-мігранти, діти – представники національних меншин, діти – представники релігійних меншин, діти із сімей з низьким прожитковим мінімумом, безпритульні діти, діти-сироти, діти із захворюваннями СНІД/ВІЛ та інші).

В українському законодавстві *термін «діти з особливими освітніми потребами»* використовується у вужчому розумінні інклюзивної освіти й охоплює дітей з порушеннями психофізичного розвитку та дітей з інвалідністю.

До основних категорій порушень розвитку дітей належать розлади:

- *слуху*: глухота, туговухість, пізня втрата слуху (у 3 – 4 роки і пізніше);

- *зору*: сліпота, слабкий зір, косоокість та амбліопія (косоокість із пониженням гостроти зору);

- *мовлення*: системні порушення мовлення (алалія, афазія); порушення будови і функцій мовленнєвого апарату (ринолалія, дизартрія, складна дислалія); порушення читання і письма (дислексія, дисграфія); темпоритмічні порушення мовлення (заїкання); порушення мотивоутворювальної функції мови (мутизм);

- *затримка психічного розвитку*. Для цих дітей характерні гетерохронність (різночасовість) проявів відхилень і суттєві відмінності у їхньому вираженні та прогнозуванні наслідків. Ці відхилення зумовлені біологічними або соціальними чинниками, а також різними варіантами їхнього поєднання;

- *інтелекту*: діти з відносно легкими, неглибокими з порушеннями інтелектуального розвитку; діти з глибокими порушеннями інтелектуального розвитку; діти з найважчими порушеннями інтелектуального розвитку;

- *емоційні*: ранній дитячий аутизм (переважання замкнутого внутрішнього життя, активна самоізоляція від зовнішнього світу); емоційні розлади, спричинені ранньою розлукою з матір'ю; фобічні (грец. phobos – страх) тривожні розлади;

- *опорно-рухового апарату*: дитячий церебральний параліч, поліомієліт, уроджена патологія опорно-рухового апарату, травматичні ушкодження спинного і головного мозку, оліартрит, захворювання скелета;

- *важкі множинні відхилення* характеризуються поєднанням двох або кількох виражених психофізичних порушень.

Залежно від причин виникнення дитячих дефектів їх поділяють на вроджені та набуті. **Вроджені** пов'язані з дією досить різноманітних чинників:

- шкідливі впливи на зародок та плід під час внутрішньоутробного періоду: інтоксикації, інфекції, травми, переохолодження, порушення живлення тощо;

- стан здоров'я і спосіб життя вагітної (при систематичному недоїданні матері плоду може не вистачити поживних речовин: білків, жирів, вуглеводів, вітамінів; різні інфекційні, вірусні захворювання матері, зокрема таке інфекційно-паразитарне захворювання, як токсоплазмоз (поширювачі – свійські тварини і птахи). Переходячи на плід від хворої матері, можуть призвести до вроджених порушень інтелектуального розвитку, ураження органів зору та інших порушень);

- різні гормональні розлади у вагітної, застосування численних медикаментів (зокрема антибіотиків, сульфамідних препаратів) без дозволу лікаря, спроби зірвати вагітність, захворювання нирок та печінки, серцево-судинної системи, алкогольні отруєння, паління сигарет тощо;

- резусна несумісність груп матері та плода (мозкові ураження дитини);

- дії генетичних (спадкових) факторів аномалії слухового чи зорового аналізаторів, деякі форми вроджених порушень інтелектуального розвитку;
- дефекти в будові та кількості хромосом, зумовлені аномаліями хромосомних наборів батьків (хвороба Дауна);
- вплив на організм вагітної ядерного опромінення, деяких хімікатів, довготривале ослаблення організму;
- алкоголізм батьків (смертельність, епілепсія, водянка головного мозку та ін.). Навіть помірне вживання алкогольних напоїв може негативно відобразитися на розвитку майбутньої дитини.

Набуті дитячі аномалії спричинені різноманітними шкідливими впливами на організм дитини при народженні та в наступні періоди розвитку:

- механічні ушкодження плода, пов'язані з неправильним його положенням;
- затяжні пологи (т. зв. пологові травми);
- пологова асфіксія (зупинка дихання у дитини), що загрожує розладами кровообігу, крововиливами в мозок;
- інфекційні захворювання у перші роки життя (енцефаліт – запалення мозку, менінгіт – запалення оболонок мозку, менінгоенцефаліт, поліомієліт, грип, кір, скарлатина, дизентерія);
- різні травми, інтоксикації.

Потрібно всіляко оберігати малюка від захворювань вуха, носоглотки, ушкоджень органів зору, оскільки вони можуть призвести до тяжких дефектів відповідних аналізаторів.

2.3. Специфічні проблеми сімей, пов'язані з вихованням дитини з ООП

У сім'ї, яка має *дитину з інтелектуальною недостатністю*, проблеми виникають передусім не через низький рівень її розумового розвитку, а внаслідок хибних методів поведінки з нею. Якщо батьки соромляться своєї дитини, їм буде важко ставитися до неї так, щоб вона почувалася спокійно і безпечно. Мати й батько інколи наполягають на методах лікування, які ще більше нервують дитину і не приносять їй жодної користі. Іноді

дорослі вважають дитину безнадійною і відмовляють їй в іграшках, іграх, що розвивають здатність спілкування з іншими дітьми, у відповідному навчанні. Дуже небезпечно, коли батьки намагаються не помічати ознак розумової недостатності й починають доводити всім, що у дитини немає проблем з інтелектуальним розвитком. У таких випадках дорослі намагаються навчити дитину таких видів діяльності і навичок, які вона не спроможна виконувати. Постійний тиск на дитину може зробити її роздратованою, впертою і навіть агресивною.

Деякі матері в силу особливостей характеру досить урівноважені, і їм неважко доглядати за дитиною, яка має значні відхилення у розумовому розвитку. Вони віднаходять такі способи догляду, що не обтяжують їх, не впадають у відчай і можуть отримувати задоволення від обов'язків, які виконують. Мудре ставлення до хворої дитини передається й іншим членам сім'ї, зокрема братам і сестрам.

Однак буває, що дитина стає для матері і членів сім'ї джерелом постійних стресів. Мати робиться занадто роздратованою, нетерплячою, пригніченою. Подекуди вона забуває про обов'язки перед іншими членами сім'ї, і тоді виникає напружена соціально-психологічна атмосфера.

Спосіб життя в сім'ях, де є *психоневрологічно хвора дитина*, специфічний. Діти, які страждають на шизофренію, мають низьку потребу в контактах, їхня товарицькість вибіркова, емоційна реакція слабка; водночас вони надто чутливі й сенситивні, зазнають дифузних страхів надцінного і маренневого характеру. Сім'ї з такими дітьми, зазвичай, страждають від соціальної ізоляції, замовчують свої проблеми, не проявляються з дитиною на людях, дбають про власний імідж, особливо якщо батьки дитини або родичі мають високий соціальний статус.

Для розвитку аутичної дитини велике значення мають фізичні та емоційні контакти з матір'ю. Якщо для здорової дитини цілком природним є пошук захисту і втіхи на руках у матері, то для дитини з емоційними порушеннями тісний тактильний контакт є найважливішим та вирішальним у процесі виховання. Деяким матерям аутичних дітей бракує материнського інстинкту. Це наслідок того, що аутична дитина змалку не підкріплює інстинкти матері власною поведінкою, не

виявляє бажання і готовності до того, щоб її взяли на руки. Якщо між матір'ю і дитиною своєчасно не встановлюється контакт, у дитини розвивається почуття страху та агресії.

Сім'ї, які мають дітей із психоневрологічними захворюваннями, потребують постійної уваги з боку соціальних працівників, психологів, психотерапевтів, правозахисників.

Сім'я, у складі якої є *дитина з порушенням слуху*, має великі проблеми щодо встановлення контакту з нею, особливо коли батьки та інші діти мають нормальний слух і мовлення. Глуха від народження дитина майже позбавлена контактів із соціальним оточенням і, звичайно, не може задовольнити свої основні соціальні потреби повною мірою. У сім'ї, де дитина глуха, а батьки чують, виникають труднощі щодо міжособистісних контактів. Це призводить до того, що дитина, замикаючись у собі, відмовляється від спілкування, позбавляється можливості чітко висловлювати власні бажання, бо усвідомлюючи, що її не розуміють, і сама не розуміє, чого від неї вимагають батьки. Ось тоді дитина починає нервувати. Навіть тоді, коли батьки зовні не виявляють роздратування, напруження, що виникає в них, передається їй дитині. Батьки в таких випадках або задобрюють дитину ласощами та іграшками, або не виявляють терпіння у ставленні до неї. Відсутність нормальних умов для розвитку дитини в сім'ї спричиняє нервові розлади. Виховуючись у сім'ї, глуха дитина здебільшого спілкується з матір'ю, яка є посередником між нею та іншими. Таке становище призводить до повної залежності дитини від матері, яка змушена водночас угадувати й задовольняти всі вимоги інваліда. Із часом така дитина може стати дратівливою й агресивною, не здатною правильно оцінити свої вчинки або поведінку, не усвідомлюючи її причин і наслідків.

Члени сім'ї, де виховується глуха дитина, потребують вивчення сурдоперекладу, методів альтернативного спілкування, читання по губах.

Батьки *сліпої дитини* часто сприймають її ваду як тяжку хворобу і займають, здебільшого, позицію гіперопіки, позбавляючи сина чи доньку самостійності й ініціативи. Недоліки у сімейному вихованні незрячої дитини формують у неї такі негативні риси, як егоїзм, невдячність, примхливість, прагнення

до утриманства та ін. При неправильному вихованні у сліпих дітей порушуються інтерперсональні стосунки, що може викликати у майбутньому формування патологічних рис характеру. Крім власної сенсорної депривації, виникають психічні розлади (іноді й педагогічна занедбаність), а також емоційні депривації як наслідок негативної позиції батьків. У сліпих дітей порушуються здібності до комунікації, ідентифікації, самообслуговування, вони слабо інтегровані у середовище зрячих, відчують фізичну залежність від інших людей.

Батьки, у яких *дитина має порушення опорно-рухового апарату*, стикаються з проблемами самообслуговування дитини, її пересування, мобільності, доступу до об'єктів соціального характеру. У таких сім'ях батьки зазнають додаткових фізичних навантажень: підняти, перенести, посадити дитину (незалежно від її віку). Кімнати мають бути влаштовані так, щоб коляска вільно проїжджала в усі дверні отвори, існували допоміжні пристосування, які дають змогу дитині самій підтягуватися і пересідати з ліжка у візок чи на стілець. Зазвичай, діти з обмеженими фізичними можливостями залишаються ізольованими від своїх ровесників внаслідок того, що їх нікому перенести, перевезти на вулицю, в інше місце. Виникають проблеми з питанням особистої гігієни дітей, оскільки такі засоби, як памперси, коштують надто дорого.

У поведінці батьків спостерігається і така крайність, коли деякі з них легковажно не звертають уваги на хворобу дитини. Причиною цього може бути реакція заперечення хвороби дитини, коли про стан дитини не хочуть знати, ігнорують його. Легковажність, а іноді й безвідповідальність можуть виявлятися і в абсолютній байдужості до порад лікарів.

Тяжкими наслідками для життя нормальної дитини є випадки жорстокого поводження з нею в сім'ї, побої, грубість, каліцтво, знущання, недостатня увага і турбота. Становище дитини погіршується, якщо вона хвора чи має порушення психофізичного розвитку. Синдром покалічених, жорстоко скривджених дітей передбачає не тільки лікування ушкоджених органів, а й соціально-психологічну допомогу.

Батьки по-різному діють у ситуаціях, пов'язаних із вихованням дитини з обмеженими фізичними та розумовими порушеннями. Деякі з них змушені примиритися з неспроможністю дитини у багатьох видах життєдіяльності, але не докладають зусиль до навчання дитини навичок самообслуговування і спілкування (не беремо до уваги тяжкі форми олігофренії та порушення опорно-рухового апарату). У таких сім'ях дитина почувається у небезпеці (як фізичній, так і емоційній). Приклад інших батьків, де дитина має такі ж функціональні обмеження, але вже досягла певних успіхів у розвитку, зумовлює почуття безпорадності, розчарування за марно витрачений час.

Іноді батьки примирюються з інвалідністю дитини, але занадто опікуються нею, позбавляючи можливості самостійно оволодівати навичками самообслуговування: одягатися, умиватися, їсти, користуватися туалетом. Якщо батьки ставляться до дитини як до немічної, хворої, її розвиток відбувається пасивно, вона важко пристосовується до нових обставин, боїться людей, тварин, несподіваних ситуацій, зокрема госпіталізації. Такі діти перебувають у стані глибокої емоційної небезпеки, переживають психічні розлади.

2.4. Корекційно-виховна робота з дітьми та умови підвищення її ефективності

Корекційна робота здійснюється поетапно з використанням методик, що відповідають ступеню виразності фізичного і розумового дефекту та має такі напрями:

- формування розумової діяльності дітей;
- розвиток пам'яті (зорової, слухової, моторної, слухомовної, логічної);
- розвиток дрібної моторики, що впливає не тільки на можливість керувати рухами пальців, а й на розвиток мови, довільності поведінки, уміння займатися малюванням, ліпленням, аплікацією;
- розвиток великої моторики, необхідної для зменшення рухових порушень;
- розвиток просторового мислення;
- розвиток мови.

Корекційна робота для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (виражені форми неврологічних захворювань, що виявляються у зниженні здатності робити рухи і діяти руками, мовні порушення різного ступеня виразності з нормальним інтелектом, із затримкою психічного розвитку) включає два етапи. На першому (від 2 до 4 років) здійснюється адаптація дитини в дошкільній установі, формуються первинні уміння і навички різних видів діяльності: спілкування, гри, пізнавальної діяльності, творчості, самообслуговування. На другому етапі (від 4 до 7 років) реалізуються завдання корекційного виховання і формується готовність до шкільного навчання.

Корекційна робота для дітей із тяжкими психолого-неврологічними захворюваннями, з порушеннями інтелектуального розвитку включає такі цілі корекційного виховання :

- організація інтелектуального й особистісного розвитку з урахуванням їхніх індивідуальних відмінностей та необхідної корекції порушень розвитку;
- соціально-побутова адаптація (формування здатності до співробітництва з дорослими й дітьми у грі та іншій спільній діяльності, гігієнічних і побутових навичок, здатності до самообслуговування);
- розвиток дрібної і великої моторики;
- розвиток мови.

Методи, які використовуються у процесі корекційної роботи. *Арт-терапія* (реабілітація шляхом творчості) – це лікування за допомогою залучення дитини-інваліда до мистецтва. При цьому дитина навчається спілкуватися з навколишнім світом на рівні екосистеми, використовуючи образотворчі, рухові та звукові засоби. Вона має змогу самостійно висловлювати свої почуття, потреби та мотивацію поведінки, діяльності і спілкування, необхідні для її повноцінного розвитку та пристосування до умов довкілля.

Арттерапія пов'язана з візуальним мистецтвом та має на меті актуалізацію психічних резервних можливостей, формування на їхній основі адекватної поведінки за рахунок творчої образотворчої діяльності. Головне, щоб дитина через

малюнок могла виразити свій внутрішній стан, а також відчуття, переживання, без акценту на художні особливості.

Поясненням цього факту є та обставина, що образотворча діяльність має великий біологічний смисл – малювання відіграє роль одного з механізмів виконання програми вдосконалення організму, його психіки. У перші роки життя дитини воно сприяє розвитку сенсорно-моторної координації, формує зорові образи, допомагає оволодінню формами, сприяє розвитку міжпівкульної взаємодії, так як у процесі малювання координується конкретно-образне мислення, яке пов'язане з роботою правої півкулі, та абстрактно-логічне, за яке відповідає ліві півкулі. Особливо важливий зв'язок малювання з мисленням та мовою. Дитина у малюнках оформлює свої знання про предметний та соціальний світ, незважаючи на нестачу слів, тому дитяче малювання називають графічною мовою.

Накопичений досвід свідчить, що у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку образотворча діяльність не виникає та не розвивається без спеціальних занять та навчання. Водночас спеціальне навчання малюванню таких дітей часто має позитивний результат. Деякі діти можуть оволодіти вмінням передавати у малюнках розгорнутий графічний образ у найбільш ранньому віці. Загалом дитина з порушеннями інтелектуального розвитку у малюнках довго залишається «прив'язаною» до стереотипного зображення, запозиченого із графічного зразка.

На практиці роботи з дітьми добре зарекомендували себе малюнкові проби «Намалюй людину», «Намалюй неіснуючу тварину», «Малюнок сім'ї», малюнок «Будинок, дерево, людина». Усі вони є засобами психодіагностики особистості дитини (та дорослого), а також діагностики внутрісімейних стосунків з погляду дитини.

Методика Марії Монтессорі заснована на спостереженні за дитиною у природних умовах та прийнятті її такою, якою вона є. У групах Монтессорі дитина навчається самостійно за допомогою спеціально розробленого навколишнього середовища – Монтессорі-матеріалів, де є можливість самоконтролю; дитина сама помічає свої помилки, дорослому не потрібно вказувати на них. Роль учителя полягає у здійсненні керівництва самостійною діяльністю дитини, а не в її навчанні.

Ефективність методу Монтесорі досягається при дотриманні таких правил:

- поєднання гігієни фізичного виховання та вільного руху, що передбачає вільне пересування дітей у приміщенні;
- особливий підхід до естетичного оформлення житла, який включає «художню обстановку» і допомагає прищепити почуття прекрасного, витончений смак;
- забезпечення свободи вибору, що передбачає виховання дисциплінованості у дитини та сприяє природним проявам особистості;
- використання дидактичного матеріалу, що допомагає упорядкувати розуміння дитини про довкілля, засвоїти навчальний матеріал;
- створення доброзичливої атмосфери незалежності від дорослих, що сприяє розвитку самостійності, впевненості у собі.

Музикотерапія також сприяє активізації пізнавальної й розумової діяльності. Діти багато про що дізнаються, уважно слухаючи музику, але найголовніше – це «школа почуттів», що формується завдяки особливій властивості музики – викликати співпереживання слухачів. Впливаючи на психоемоційний стан людини, музика уможливорює певні гормональні і біохімічні зміни в організмі, позитивно впливає на інтенсивність обмінних процесів. Позитивні емоції, що виникають під час звучання музики, стимулюють інтелектуальну діяльність дитини.

Дітям, які мають рухові порушення і тому часто ізольовані від суспільства, музикотерапія допомагає збагатити знання про навколишній світ, прищепити любов до музики, навчити слухати й розуміти, як і про що розповідає музика.

Ігротерапія. Головне значення гри полягає в тому, що завдяки особливим ігровим прийомам дитина моделює взаємодію з довкіллям та людські стосунки. Це надає засвоєним раніше предметним діям певного сенсу. Отже, упродовж гри дитина засвоює мотиви людської діяльності. На основі цього формується прагнення до суспільно важливої діяльності, що стає основним моментом готовності до шкільного навчання та включення до трудової діяльності.

Для дітей із відхиленнями в розвитку пропонується така схема вивчення ігрової діяльності:

1. Особливості загальної та дрібної моторики (чи заважають вони грі).

2. Наявність інтересу до іграшок і дій із ними, вибірковість цього інтересу.

3. Стійкість інтересу.

4. Адекватність використання іграшок.

5. Характер ігрових дій:

– маніпуляції (не є власне грою, це дії, в ході яких пізнаються властивості предметів) можуть бути специфічними – спрямованими на дослідження предмета (рухає машинку вперед – назад, крутить її колеса) чи неспецифічними (кидання, постукування);

– процесуальні (не спрямовані на кінцевий результат, дитині цікавий процес);

– сюжетні (дії, пов'язані логікою сюжету).

6. Чи користується дитина зображувальними діями з уявними предметами?

7. Чи використовує предмети-замісники, чи розуміє їхню роль?

8. Як дитина супроводжує гру мовленням, якими видами мовлення користується (фіксує, регулює, планує)?

9. Тривалість гри.

10. Особливості емоційно-вольової сфери: активна чи пасивна дитина, збудлива чи млява, грає із задоволенням чи тільки підкоряючись пропозиції.

11. Із ким вступає в контакт у процесі гри: з дорослими, з дітьми?

Казкотерапія – це система передачі життєвого досвіду, розвитку соціальної чутливості, інтуїції та творчих здібностей.

Привабливість казки як засобу педагогічного впливу для дитини обумовлена її властивостями (відсутність прямих повчань, напучувань; події казкової історії логічні, природно впливають одна з одної, що дає дитині змогу засвоювати причиново-наслідкові зв'язки і «спиратись» на них. Через образи казки дитина ознайомлюється з досвідом багатьох поколінь. У казкових сюжетах наявні ситуації та проблеми, які переживає кожна людина (відокремлення від батьків, життєвий вибір, взаємодопомога, кохання, боротьба добра і зла). Перемога добра

забезпечує дитині відчуття психологічної захищеності. Дитина засвоює, що випробування сприяють внутрішньому росту людини. У казці відсутні фіксації імені головного героя та місця подій; головний герой – це збірний образ, із яким дитина може ідентифікувати себе.

Корекційні функції казки:

– психологічна підготовка до напружених емоційних ситуацій;

– символічне відрегулювання фізіологічних та емоційних стресів;

– усвідомлення і прийняття змісту власної активності.

Існують такі види роботи з казкою:

1. *Використання казки як метафори.* Казкові образи і сюжети асоціюються з життєвим досвідом дитини. Ці асоціації можна обговорити.

2. *Малювання за мотивами казки.* Вільні асоціації проявляються у малюнках, які аналізують та обговорюють. Є приводом для розмови про моральні цінності, систему оцінювання себе та людського оточення.

3. *Програвання епізодів казки.*

4. *Використання казки як притчі-повчання.* Підказка варіанта розв'язання ситуації на прикладі казкового сюжету.

5. *Творча робота за мотивами казки* (дописування, переписування, робота з казкою).

Казкотерапія використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом.

Література

1. Євтух М. Б. Соціальна педагогіка : підручник / М. Б. Євтух. – 2-е вид., стереотип. – К. : МАУП, 2003. – 232 с.

2. Колупаєва А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія / А. Колупаєва. – К. : «Самміт-Книга», 2009. – 272 с. : іл. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

3. Моделювання процесу дослідження професійно-технічної освіти дітей-інвалідів (гендерні аспекти). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

<https://vipsoft.blob.core.windows.net/contest/3cfd65039dc147c6f9a829b0e652f63a.pdf>

4. Пантюк Т. І., Невмержицька О. В., Пантюк М. П. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П. Пантюк. – 2-ге видання, доповнене і перероблене. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ, 2009. – 324 с.

5. Путівник для батьків дітей з особливими потребами : навчально-методичний посібник у 9 книгах / за заг. ред. А.А. Колупаєвої. – К. : ТОВ ВПЦ «Літопис-ХХ» – 2010. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

6. Садова І. Арт-терапія як сучасний метод у системі соціальної роботи педагога з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку/ Ірина Садова // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Випуск III. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2012. – С. 197 – 205.

7. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.

8. Садова І. Соціально-психологічні проблеми сімей, пов'язані з вихованням дітей з особливими потребами у контексті загальної ситуації в Україні/ Ірина Садова // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праць. Наукові записки РДГУ. Випуск 43. – Рівне : РДГУ, 2010. – С. 89 – 92.

9. Синьов В. М. Основи дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.

10. Соціальна педагогіка : навчальний посібник / О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, Т. Г. Веретенко; за ред. проф. О. В. Безпалько. – Рек. МОН. – К. : Академвидав, 2013. – 312 с.

11. Соціальна педагогіка : підручник / за ред. проф. А. Й. Капської. – 5-те вид., випр. та доп. – К. : ЦУЛ, 2011. – 488 с.

12. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.

РОЗДІЛ 3. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

3.1. Предмет і завдання сурдопедагогіки. Класифікація слухових порушень у дітей та причини їх виникнення.

3.2. Роль слуху в розвитку дитини. Вплив зниження слуху на психічний розвиток дитини. Важливість ранньої діагностики.

3.3. Особливості розвитку пізнавальної сфери у дітей із порушеннями слуху.

3.4. Дослідження слухової функції та спеціальна допомога дітям із порушеннями слуху в умовах масової школи.

3.5. Невербальні засоби комунікації. Мова жестів

3.1. Предмет і завдання сурдопедагогіки. Класифікація слухових порушень у дітей та причини їх виникнення

В Україні більше півмільйона дітей із порушеннями слуху. Дитячі оториноларингологи зазначають, що дуже важливо на ранній стадії діагностувати порушення слуху в дитини, оскільки, відповідно до західних досліджень, якщо реабілітація дитини розпочалася після восьмимісячного віку, то в неї можливе відставання у розвитку.

Сьогодні існують різноманітні методики навчання глухих і приглухуватих дітей. Аби зробити вибір, батькам необхідно відповісти на низку питань: якою я хочу бачити свою дитину в майбутньому?; як я хочу спілкуватися з нею?; яких друзів я хочу бачити поряд зі своїм малюком?; у якій школі вчитиметься моя дитина?; яку професію вона зможе обрати?; де працюватиме?; як житиме без нас? Щоб відповісти на запропоновані питання, необхідно вивчити принципові позиції сурдопедагогіки.

Сурдопедагогіка (від лат. «surdus» глухий) – розділ спеціальної педагогіки про розвиток, виховання та навчання дітей і дорослих із порушеннями слуху.

Предмет сурдопедагогіки – процеси розвитку, виховання та навчання дітей і дорослих із порушеннями слуху.

Завдання сурдопедагогіки зумовлені поглядами суспільства на можливості розвитку глухих і слабочуючих дітей, розумінням необхідності надання їм педагогічної допомоги, а також на перспективи соціальної адаптації осіб із порушеннями слуху.

До основних *завдань сурдопедагогіки* належать:

1. Розробка методів діагностики порушень слуху, у тому числі – раннього виявлення.
2. Вивчення особливостей психічного розвитку дітей в умовах слухової депривації.
3. Дослідження закономірностей компенсації порушень слуху.
4. Розробка теоретичних основ розвивальної та корекційної роботи із глухими і слабочуючими дітьми.
5. Удосконалення методів корекційно-розвивальної роботи з дітьми з порушеннями слуху, в тому числі – формування мовлення, розвитку слухового сприйняття, навчання вимови.
6. Визначення завдань, принципів, змісту і методів навчання та виховання дітей із порушеннями слуху на різних ступенях освіти.
7. Організація допомоги батькам у вихованні дітей із порушеннями слуху.
8. Сприяння повноцінній інтеграції осіб із порушеннями слуху в суспільство.

Класифікація слухових порушень та їхні причини

Визначення ступеня зниження слуху в дітей є необхідною передумовою оптимального вибору засобів лікування, реабілітації та організації корекційно-педагогічного впливу. Класифікація туговухості здійснюється з урахуванням: 1) її ступеня; 2) характеру зниження слуху; 3) локалізації розладу у слуховому апараті; 4) причин порушень слуху; 5) стану розвитку мовлення. Тільки з урахуванням усіх цих елементів можлива правильна оцінка стану, правильне лікування та виховання дитини, яка втратила слух.

Розрізняють два види слухової недостатності: глухоту і туговухість (приглухуватість).

Глухота – найбільш різкий ступінь ураження слуху, при якій розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота трапляється рідко. Здебільшого зберігаються хоч би невеликі залишки слуху. З їхньою допомогою дитина може сприймати дуже гучні, різкі немовні звуки (дзвінок, свисток), окремі звуки мови, а іноді прості, добре відомі слова, вимовлені голосно біля вушної раковини.

Глухота може бути **вродженою і набутою**.

Вроджена глухота трапляється рідше.

Причинами глухоти є:

1) неправильний розвиток слухового органа у період вагітності матері (вплив спадкового чинника);

2) несприятливі умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників у період вагітності матері: перенесені інфекційні захворювання (грип, кір, травми тощо); вживання матір'ю алкоголю; лікування стрептоміцином та іншими лікарськими препаратами; травма плоду в перші місяці вагітності.

Набута глухота переважно є результатом запальних процесів у внутрішньому вусі і слуховому нерві при різних захворюваннях (менінгіт, кір, скарлатина, грип, свинка тощо).

Залежно від часу виникнення розрізняють *ранню глухоту*, що виникла в період передмовного розвитку, і *пізню*, таку, що настала, коли у дитини мова вже сформувалася.

Туговухість – таке зниження слуху, при якому виникають труднощі у сприйнятті та самостійному оволодінні мовленням, але залишається можливість оволодіння за допомогою слуху хоча б обмеженим і викривленим запасом слів.

За Л. Нейманом, розрізняють **три ступені туговухості** – залежно від величини втрати слуху в мовному діапазоні частот (500 – 4000 Гц):

I) втрата слуху не перевищує 50 дБ. Для дитини мовленнєве спілкування залишається доступним, вона може сприймати мовлення розмовної гучності на відстані більше 1 – 2 м;

II) середня втрата слуху від 50 до 70 дБ. Мовленнєве спілкування утруднене, розмовне мовлення сприймається на відстані до 1 м;

III) втрата слуху вище 70 дБ. Мовлення розмовної гучності сприймається нерозбірливо, навіть біля самого вуха.

Зараз при оцінці стану слуху в медичних закладах використовується *Міжнародна класифікація порушень слуху*. Відповідно до неї, середня втрата слуху визначається в області 500, 1000 і 2000 Гц.

Ступені туговухості:

- I – не більше 40 дБ;
- II – 40 – 55 дБ;
- III – 55 – 70 дБ;
- IV – 70 – 90 дБ.

Зниження слуху більше 90 дБ визначається як глухота.

Причини виникнення туговухості різноманітні.

Погіршення слуху настає внаслідок:

1) гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни у середньому вусі – прорив барабанної перетинки, рубці, зрощення, що призводять до порушення рухливості барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок;

2) хронічних захворювань носа і носоглотки (наприклад, аденоїдні розрощування); водночас порушується прохідність евстахієвої труби;

3) перенесених інфекційних захворювань (скарлатина, грип, кір);

4) вроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.

Групи ризику дітей першого року життя щодо туговухості і глухоти:

- які народилися від багатоплідної вагітності;
- з вагою менше 1,5 кг;
- діти, матері яких перенесли під час вагітності краснуху, герпетичну інфекцію, цитомегаловірусну інфекцію;
- їхні матері приймали під час вагітності ототоксичні препарати;
- ті, що отримували в період новонародженості антибіотики;
- слабчучих (або глухих) батьків;
- з родовими травмами і внутрічерепним крововиливом.

У слабчучих та глухих дітей із набутими чи вродженими недоліками слуху статичні і локомоторні функції відстають у розвитку. На першому році життя у глухих дітей відзначається відставання у термінах утримання голови, запізнення в оволодінні ходьбою. Діти часто не володіють тим руховим досвідом, що мають діти, якічують: не вміють швидко бігати, стрибати, повзати, робити найпростіші рухи, наслідуючи дорослих. Сформовані рухи характеризуються порушенням

координації, орієнтування у просторі, боязню висоти, сповільненістю і скутістю. Найбільша своєрідність у розвитку рухових якостей у дошкільників з порушеннями слуху відзначається в рівнях швидкісних якостей і рівноваги. Слабочуючі діти трирічного віку не виконують завдання на збереження статичної рівноваги, з якими справляються однолітки, якічують. Хоча у дошкільному віці в дітей з порушеннями слуху починається процес поліпшення стану рівноваги, різких змін не відбувається. Глухі діти за показниками якості рівноваги поступаються не тільки чуючим, а й сліпим, слабозорим.

Багатьом слабочуючим і глухим дітям притаманні порушення дрібної моторики (рухів пальців, артикуляційного апарату), що відбивається надалі на формуванні різних видів дитячої діяльності. При виконанні багатьох рухів, у тому числі і побутових, діти з порушеннями слуху створюють зайвий шум, їхні рухи неритмічні й уповільнені. Спостерігаються асиметрія кроків, похитування корпусу, підвищена різкість рухів. Відсутність вербального спілкування при формуванні рухів також є однією з причин, що знижують якість рухів. Серед дітей із порушеннями слуху виділяються ті, у кого є залишкові явища ДЦП, що пов'язано з паралічами і парезами тулуба, які різко обмежують пересування дітей у просторі.

Для психічного розвитку слабочуючої дитини дуже важливо, як вона сприймає мову наслух. Якщо через ті або ті захворювання слух дитини погіршується, це негативно позначається на її психічному стані.

Сприятливі умови розвитку створюються, коли проводиться спеціальна сурдопедагогічна робота з удосконалення слуху з використанням загальної та індивідуальної звукопідсилювальної апаратури. Ф.Рау вказував, що при цьому необхідно вчити слабочуючу дитину не тільки прагнути розрізнити і сприйняти мовний вислів наслух, а й обов'язково привчатися хоч би до мінімального розпізнавання мови по губах того, хто говорить.

Урахування особливостей первинного дефекту (глибини порушення слухової функції та локалізації ураження в органі слуху) є необхідною передумовою розуміння індивідуальних особливостей психічного розвитку дітей із вродженими або ранніми порушеннями слуху.

3.2. Роль слуху в розвитку дитини. Вплив зниження слуху на психічний розвиток дитини.

Важливість ранньої діагностики

Однією з важливих характеристик та властивостей багатьох предметів і явищ живої та неживої природи є звук. Він значною мірою сприяє *формуванню уявлень дитини про навколишній світ*. Оволодіння предметними діями і пізнання предметів тісно пов'язані зі сприйняттям звука як однієї з властивостей речей і явищ. Під час сенсорного розвитку дитини відбувається формування звукових диференціювань: спочатку за принципом «звучить – не звучить», пізніше – з урахуванням гучності, тембру, висоти звучання. Оволодіння цими характеристиками сприяє більш повній предметності сприйняття та його цілісності.

Найбільш значним є слухове сприйняття для *мовлення та музики*. Слухове сприйняття розвивається передовсім як засіб забезпечення спілкування та взаємодії між людьми. Основою звука як об'єкта слухового сприйняття є чітка комунікативна спрямованість. Уже з перших місяців слухові реакції дитини мають яскравий соціальний характер: вона особливо активно реагує на голос людини, насамперед – матері. У процесі розвитку слухового розпізнання мовлення формується розуміння висловлювань людей, які оточують дитину, а пізніше – і власне мовлення малюка, що надалі забезпечує задоволення його потреби у спілкуванні.

Звук є одним *із регуляторів поведінки і діяльності людини*. Регуляція поведінки, пов'язана з орієнтуванням людини у просторі, характеризується як виділенням зорово сприйнятих предметів, так і локалізацією їх на основі просторового слуху. Отже, орієнтування дитини в доквіллі залежить від здатності слуху оцінювати просторові характеристики предметів.

Одними з важливих засобів *емоційно-естетичного розвитку* дитини є музика, звуки природи, інтонація, тембр голосу.

Об'єкти видають звуки, що більш-менш відрізняються один від одного, що дає можливість їх розпізнати. У звуці відображаються й окремі властивості предметів, наприклад, величини: ми розпізнаємо, чи була книга, яка впала, велика чи мала, впав столовий чи складаний ніж. Крім величини, за звуком розпізнається матеріал, із якого зроблені предмети, а саме:

картон, дерево, метал, скло тощо У звуці проявляються важливі ознаки внутрішньої будови (наприклад, наявність порожнин у непрозорому об'єкті) чи дефекти предмета (наприклад, тріщина у склянці).

Не тільки предмети пізнаються слухом, а й процеси, явища і події: робота машин, діяльність людей, переміщення та пересування об'єктів. Неправильно думати, що людина знає тільки своєрідні звуки, притаманні різним предметам, процесам, явищам. Ми сприймаємо характерне складне, розмаїте звучання довкілля (лісу, поля, морського берега, заводу, великого міста тощо). Слухом можливо сприйняти багато невидимих предметів. Так, наприклад, удень у лісі не видно жодного птаха, але весняний гомін не тільки свідчить про їхню наявність, – це хор, де кожний голос співає особливу пісню, за допомогою якої можна визначити, кому із птахів вона належить.

Значення слуху виявляється при необхідності швидко реагувати на раптові зміни в оточенні, про що дає знати передовсім саме звук. Без сприйняття звучання зміни в довкіллі залишаються неусвідомленими до останньої секунди, внаслідок чого виникають важкі і навіть небезпечні ситуації.

Слух звільняє від необхідності часто оглядати довкілля, щоб визначити, чи не виникають суттєві зміни в невидимих його частинах. Коли ми зайняті працею у тихому приміщенні, слуховий аналізатор відіграє роль «сторожового» аналізатора. Він відображає зміни, що відбуваються у достатньо широкому оточенні, яке зорovo в цей час не сприймається. Ці зміни пізнаються, враховуються, що дає змогу реагувати негайно лише на спеціальні зміни, на інші ж – пізніше, під час робочої паузи, на треті – ще пізніше, після закінчення всієї роботи.

Отже, сприйняття звуків довкілля, мовлення і музики, при якому діяльність слухового аналізатора підкріплюється зоровим, тактильним, руховим, нюховим, є важливим засобом розвитку психіки дитини.

Закономірності психічного розвитку дітей в умовах сенсорної депривації. Обмежене надходження інформації при порушенні одного або декількох аналізаторів зумовлює специфічні умови розвитку психіки дитини. Ще у 30-ті роки ХХ ст. Л. Виготський висунув положення про складну структуру

аномального розвитку психіки дитини з дефектом і вказав на певне співвідношення симптомів цієї структури. Первинний симптом, виникнувши в дитячому віці, перешкоджає нормальному розвитку психіки дитини і спричиняє відхилення вторинного порядку.

Відомо, що припинення функціонування або зниження діяльності органів слуху як результат вродженої або набутої у ранньому дитинстві глухоти чи приглухуватості позбавляє дитину одного з найважливіших джерел інформації, видозмінює її пізнавальну діяльність. Порушення слуху негативно впливає і на формування особистості дитини, яке відбувається в особливих умовах.

Своєрідність слухового аналізатору полягає у тому, що він відіграє вирішальну роль у розвитку мовлення (насамперед як засобу спілкування). Будь-яка освіта, інтелектуальний розвиток можливі лише за наявності другої сигнальної системи, а це, зі свого боку, є основою розвитку мислення та формування психічної діяльності.

Так, за даними А.Аdler, у багатьох глухих розвиваються неврози та інші девіації як наслідок дії «вроджених» сил. Але таке тлумачення, звичайно, не може розкрити дійсного етіопатогенезу особистісних порушень. Цікавим є розподіл сенсорно-депривованих на дві групи за домінуванням у кожній із них певних психопатологічних особливостей. Так, до першої групи належать діти із явищами відлюдькуватості та підозрілості. У них спостерігаються енурез та неконтрольовані дії у вигляді кусання нігтів, висмикування волосся тощо. Іншу групу складають діти з розвинутим кричанням, роздратованістю, афективною лабільністю та схильністю до агресивних дій.

Виділяють такі **специфічні закономірності психічного розвитку дітей із порушеннями слуху:**

1. Зниження здатності до прийому, переробки, зберігання та використання інформації.
2. Утруднення словесного опосередкування.
3. Уповільнення процесу формування понять.
4. Диспропорційність розвитку окремих психічних процесів.
5. Темпи психічного розвитку, знижені в перші роки життя, з віком пришвидшуються.

6. Рівень психічного розвитку залежить від особистісних якостей та корекційно-розвивального впливу.

Особливості розвитку дітей із порушеннями слуху в ранньому віці

➤ На першому році часто проявляється зниження пізнавальної активності (діти не цікавляться предметами, що звучать).

➤ Затримується розвиток предметних дій, уміння орієнтуватися на якості та властивості предметів.

➤ Обмежуються можливості засвоєння соціального досвіду.

➤ Порушується мовленнєвий розвиток, у результаті страждають функції позначення, узагальнення, регуляції, комунікації.

➤ У перші місяці життя голосо-артикуляційні реакції розвиваються, потім – згасають.

➤ Спостерігається прагнення до контакту з дорослими, зацікавленість, адекватна реакція на успіх та невдачі. Водночас розуміння інших утруднене. Наслідування має механічний характер. Підвищена орієнтованість на дорослого.

➤ Утрата слуху ускладнює розвиток рухової чутливості. Саме слуховий контроль допомагає виробленню чітких, плавних, розмірених рухів. У результаті 70 % дітей пізніше починають тримати голівку, сидіти, стояти, у 50 % затримується початок самостійного ходіння. Часто спостерігається незграбність рухів, відставання в розвитку рухів пальців рук, артикуляційного апарату.

➤ Формування компенсаторних механізмів значною мірою залежить від індивідуальних здібностей та повноцінності оточення.

Значення ранньої діагностики. Як свідчать наукові дослідження, більшість дітей мають вроджені порушення слуху. Але в Україні у віці до трьох – чотирьох років виявляють тільки незначну частину глухих дітей. Часто батьки помічають у малюка якісь відхилення у реакціях та поведінці, але тлумачать їх як особливості характеру дитини, сподіваючись, що вона «переросте» цю своєрідність і далі буде розвиватися нормально. Проте це практично неможливо. Зниження слуху призводить до

затримки мовного та інтелектуального розвитку, формування навичок спілкування, подолати які у шкільному віці надзвичайно важко.

Велике значення при ранній діагностиці має *загальний скринінг новонароджених*. Скринінг означає, що в пологовому будинку кожну дитину в перші 24 години її життя перевіряють на предмет втрати слуху. Ранні діагностика і втручання можуть надзвичайно корисно вплинути на успіхи дитини як у класі, так і на ігровому майданчику. Незважаючи на велику чисельність дітей, які народжуються з тими або тими проблемами зі слухом, приблизно одна третина немовлят покидають пологові будинки без перевірки їхнього слуху. Останні досягнення техніки дають змогу провести скринінг і діагностувати втрату слуху у новонароджених. Власне так сім'ї отримують вчасну інформацію і необхідну підтримку. Наразі відомо, що:

1. Дітей, включаючи новонароджених, можна обстежити в будь-якому віці – що раніше, то краще.

2. Немовлятам у тримісячному віці можна підібрати слухові апарати.

3. Коли дитині ставиться діагноз про втрату слуху і починається втручання до шестимісячного віку, вона розвиває мовні навички краще, ніж дитина, якій поставили діагноз після шести місяців.

У Канаді в середньому діагноз про втрату слуху ставиться між 18 і 30 місяцем життя дитини, втручання починається у період 21 – 30 місяців. Усі ми добре знаємо, наскільки важливими для майбутнього благополуччя дитини є ці перші місяці і роки її життя, наскільки добре вона оволодіє навичками мовного спілкування. Як педагоги, ми розуміємо, як важко потім надолужити те, що було втрачене в цей критичний період життя дитини.

Сьогодні, коли за допомогою загального скринінгу новонароджених можна діагностувати втрату слуху у дітей до шестимісячного віку, дитина і сім'я можуть отримати таку необхідну підтримку вчасно, і така дитина розвиватиметься на одному рівні з чуючими дітьми. Це один із найбільш захопливих моментів в історії освіти глухих.

3.3. Особливості розвитку пізнавальної сфери у дітей із порушеннями слуху

Розвиток мислення глухих дітей відбувається в тому ж напрямі, що й чуючих: розвиваються можливості практичного аналізу, порівняння, синтезу. Але більш складні процеси, які потребують високого рівня узагальнення і синтезування цілого, розвиваються повільніше. У глухих дітей, які опановують словесне мовлення набагато пізніше, ніж чуючі, й на особливій сенсорній основі, саме в розвитку мислення спостерігається значно більше специфічних рис, ніж у формуванні інших пізнавальних процесів.

Особливості пам'яті. Мимовільне запам'ятовування гірше, ніж у нормі, менш продуктивне і точне. Образи предметів у пам'яті залежать від яскравості, контрастності ознак; краще запам'ятовуються яскраві об'єкти, ніж малопомітні, незалежно від значимості.

Особливості уяви. Сутність уяви – перетворення уявлень, виникнення нових образів на основі наявних. Образи пам'яті глухих дітей досить яскраві та живі, але значною мірою «прив'язані» до конкретних ситуацій. Образи, які виникають під час читання художніх творів, часто не відповідають описам, особливо це стосується описів просторових відношень. Творчій уяві властива недостатня гнучкість («домальовують» фігуру тільки до одного предмета).

Особливості сприйняття. У психічному розвитку дітей із порушеннями слуху важливу компенсаторну роль відіграє образне мислення, яке протягом тривалого періоду є провідною формою порушення інтелектуального розвитку учнів цієї категорії. Наочно-образне відображення дійсності накладає відбиток на значення слів, що засвоюються. Наприклад, словом «зима» слабочуючі позначають такі поняття, як «холодно», «сніг», «сніговик» та ін.

Сурдопедагогами було встановлено, що у сприйнятті дітей із порушеннями слуху (особливо молодшого шкільного віку) менше виражені своєрідність кожного об'єкта, його індивідуальні й особливі риси і що зорові образи одних об'єктів часто уподібнюються до образів інших, більш звичних та відомих.

Невміння виділяти головні відмітні ознаки предмета стає однією з причин уповільненого формування зорового сприйняття.

Дослідження показали, що сприйняття і пізнання дітьми таких відношень, як тотожність, відмінність, засвоюються глухими дітьми відносно пізно. Для глухої дитини виокремлення та розрізнення властивостей предметів утруднюється внаслідок повільного оволодіння відповідними словесними позначеннями.

Подібні до зорового сприйняття особливості властиві і для тактильного відчуття дітей із порушеннями слуху. Особливе значення для глухих і слабочуючих має вібраційна чутливість, яка є важливим компенсуючим засобом.

Особливості уявлень. Діти з порушеннями слуху мають труднощі формування уявлень: нечіткість, розпливчастість еталонних уявлень, не закріплених у слові. Становлення цілісного образу предметів відбувається уповільнено, це проявляється при виконанні дітьми завдань на складання розрізних картинок, карток лото. Особливості сенсорного розвитку виявляються також в утрудненні виокремлення властивостей і відношень предметів, в інших видах діяльності.

Особливості уваги. У дітей із порушеннями слуху підвищене навантаження на зір під час сприйняття потребує більш глибокого зосередження, стійкої уваги. Внаслідок напруження діти швидше втомлюються. Характерні труднощі переключення уваги, потрібно більше часу на «входження» в роботу. Це призводить до зниження швидкості виконання завдань та зростання кількості помилок.

Особливості інтелектуальних операцій. Відставання в розвитку аналізу та синтезу у дітей із порушеннями слуху обумовлене тим, що їхній життєвий досвід більш одноманітний, уміння виділяти як загальні, так і специфічні ознаки предметів формується пізніше. Такі діти довго використовують загальні терміни, а неспеціальні позначення, отже, аналіз залишається менш деталізованим. Класифікація за простими ознаками більш успішна, ніж за категоріями, особливі утруднення викликають вищі рівні узагальнення. Абстрагування утруднене, навіть на рівні ігрового використання предметів-замісників (важко переосмислити значення).

Особливості мислення. Проблема розвитку наочного мислення у глухих і слабочуючих дітей неодноразово привертала увагу дослідників. Теоретичний інтерес пояснюється тим, що ця проблема є класичною для вивчення значення мовлення в розвитку мислення. У результаті було виявлено, що наочне мислення у дітей із порушеннями слуху розвивається із суттєвими відхиленнями від норми, відстає або видозмінюється внаслідок відставання чи недорозвитку мовлення.

Сурдопедагоги дійшли висновку, що діти з порушеннями слуху характеризуються суттєвою своєрідністю розвитку наочних форм мислення порівняно з чуючими однолітками, і лише поступово до 10 – 11 років рівень наочно-образного мислення в них наближається до рівня чуючих дітей на момент вступу до школи. Словесне мислення затримується в розвитку. Дітям важко розуміти умови задач, переходити від тексту до його наочного відображення, виділяти відношення в наочній ситуації, особливо у висновках із тексту, які треба сформулювати самостійно.

Педагогічні та психологічні дослідження свідчать про наявність у глухих і слабочуючих дітей значних невикористаних резервів розвитку інтелектуальної діяльності, реалізація яких можлива тільки за умов правильно організованого навчання. Систематична робота з розумового виховання, тісно пов'язана з розвитком різних аспектів і функцій мовлення, є важливою умовою розвитку наочних форм і словесного мислення, зменшення відставання від чуючих однолітків у пізнавальній діяльності.

3.4. Дослідження слухової функції та спеціальна допомога дітям із порушеннями слуху в умовах масової школи

Найбільш простим методом обстеження слуху є дослідження слуху за допомогою мови шепітної і звичайної розмовної гучності. Слова підбирають із низькою і високою частотною характеристикою. Наприклад:

- санки, бабуся;
- шуба, ворона;
- пічка, лак;
- щітка, лампа.

У звичайних умовах обстеження в обстановці відносної тиші сприйняття шепітної мови вважається нормою на відстані 6 – 7 м.

Якщо дитина повторює слова невпевнено, необхідно наблизитися на 1 м. Потім зауважується відстань, при якій дитина повторює слова упевнено. Якщо дитина не чує жодного слова, слід виявити здатність до сприйняття голосних і приголосних звуків: *м, н, р, д, з, у*.

Кожну реакцію дитини на поданий звуковий сигнал необхідно ретельно фіксувати: дитина прислухається, повертає голову у бік джерела звука чи зовсім не звертає на нього уваги.

Робота з формування правильної мови у слабчучючих дітей має мати систематичний характер і починатися відразу ж із моменту виявлення порушення слуху.

При легкому ступені зниження слуху достатньо посилити гучність розмовної мови на заняттях. Це допомагає активізувати ослаблений слух дитини. При важких ступенях зниження слуху необхідно використовувати збережені аналізатори, передовсім зоровий: дітей привчають прочитувати з губ, що допомагає з найбільшою повнотою розуміти мову тих, хто їх оточує. Зі свого боку, це сприяє подальшому мовному розвитку на основі наслідування.

Коректувально-виховна робота зі слабчучючими дітьми здійснюється у таких напрямках: розвиток розуміння мови, уточнення і розширення лексичного запасу, формування граматики, а також вимовляння звуків. Одночасно проводяться заняття з навчання грамоти – читання і письма. На всіх видах занять обов'язково використовується залишковий слух дітей, який підсилюють за допомогою спеціальної апаратури.

Профілактичні заходи необхідно починати із внутріутробного періоду розвитку дитини, оберігаючи матір у період вагітності. Після народження дитини важливо ретельно стежити за її здоров'ям: тримати вуха в чистоті, запобігати запальним процесам в органах слуху, вживати заходи для запобігання побутовим травмам. У маленьких дітей украй важливо оберігати вуха від холоду, оскільки часті простуди можуть призвести до патології мовного апарату.

Треба пам'ятати, що для слуху шкідливі дуже гучні звуки, крик, шум у групі. Тому слід створювати дітям охоронний, щадний режим, уникати сильних звукових подразників, спілкування на підвищених тонах.

Із метою запобігання порушенням слуху лікар-отоларинголог має періодично обстежувати дітей. Це допомагає своєчасно усунути щонайменші патологічні зміни, які можуть спричинити зниження слуху.

Спеціальна допомога дітям із порушеннями слуху в умовах масової школи починається з навчання грамоти. Навчання грамоти слабчучої дитини проводиться одночасно із засвоєнням вимови звуків. Під час постановки того чи того звука дитині показують, якій букві він відповідає. При тренуванні вимови звуків у відповідних вправах вона засвоює обриси відповідних букв та складів. Далі із засвоєних букв та складів формують вимову слів.

Зазвичай, слабчуча дитина розрізняє та вміє промовляти голосні: *a, o, y, e, u* та деякі приголосні. Із букв, які відповідають цим звукам, формують склади, які дитина вчиться читати за наслідуванням.

Слід розпочати навчання із трьох перших найдоступніших для розрізнення звуків *a, o, y*. Із цими голосними у вправах поєднуються всі приголосні звуки. Спочатку проводяться вправи на проговорювання складів: *па – по – пу, ма – мо – му, на – но – ну, ба – бо – бу*, а далі можна запропонувати дитині букви *т, д* у поєднанні з цими ж голосними. Отже, дитина вже розрізняє кілька дзвінких та глухих звуків, кілька носових – *м, н* – і знає ці букви. Далі бажано дотримуватися співвідношення дзвінких із глухими (*к – г, с – з, п – б, ф – в*).

Якщо дитина вже вміє добре промовляти склади *ша* та *жа*, то долучається і ця пара звуків. Пізніше включаються звуки *р, л* у поєднанні з тими ж голосними. Згодом виконуються вправи з голосними *е* та *і*. Поступово дитина засвоює афrikати *ц, ш, ч*. Ці звуки у складових вправах протиставляються, як свистячі шиплячим. Диференціацію звуків *ц, ч, ш* треба проводити у складах: *ча – та* і *на – ша, ца – та* і *ца – са*. Такі змішування дуже поширені у письмі та вимові слабчучої дитини. Необхідно тренувати дитину у розрізненні йотованих звуків [йа],

[йу], [йе], [йі] та вчити її правильно користуватися ними на письмі, не допускаючи змішування [й] із [р'] та [л']. Спеціально слід вчити слабочуючого учня правильно читати м'які приголосні, що стоять перед я, ю, є.

Дуже корисно разом із дитиною усно промовляти слова після правильного їх прочитання. За допомогою диктантів слід перевіряти, як вона запам'ятала звуковий склад слова. При виправленні письмових помилок корисно промовляти слово перед дзеркалом і з використанням звукопідсилювальної апаратури, аби слабчуюча дитина уявляла звуковий склад слова. Якщо немає слухового апарата, то треба промовляти слова біля самого вуха дитини.

Навчивши слабчуючого учня елементів грамоти, необхідно зайнятися систематичним розвитком його писемного мовлення: складанням слів із розрізної азбуки або написанням (якщо дитина вже оволоділа технікою письма) слів, що містять букви, звуки яких уже опановані дитиною.

Слабчуюча дитина під час письма часто не лише заміняє у словах одні букви іншими, а й порушує граматичний лад: неправильно вживає закінчення, префікси тощо. Педагогу слід уважно проаналізувати помилки, визначити, які саме труднощі є типовими для учня, із огляду на це добирати вправи. Наприклад, якщо дитина допускає помилки у вживанні множини, то треба пояснити їй правило і повправлятися у вживанні цієї форми. Для цього слід показати дитині групу предметів та її відмінність від одного предмета (наприклад: яблуко – яблука) й опрацювати з нею відповідні позначення, звернувши увагу на різницю закінчень.

Аналогічну роботу треба проводити при неправильному вживанні відмінків. Наприклад, якщо дитина написала: «*Я пишу олівець*» (замість олівцем), то слід цю помилку виправити і відразу ж показати інші випадки вживання орудного відмінка дії – «*Я пишу крейдою, а ріжу ножем*». Коли дитина засвоїть значення цієї граматичної форми, можна перейти до застосування іменників жіночого роду (*я пишу ручкою, я пилю пилкою*). Далі вводиться і множина цієї форми: *я ріжу ножицями*. Лише коли дитина зрозуміла значення граматичної форми, вона зможе уникнути помилок під час письма.

Слабочуючому учневі необхідно також допомогти розуміти текст, що читається. Такі діти зазнають особливих труднощів розуміння слів і нерозуміння граматичних форм. Щоб навчити дитину свідомо читати, необхідно під час читання навіть найелементарнішого тексту постійно перевіряти розуміння нею слів, граматичних форм і тексту. Щоб дитина змогла зрозуміти прочитане, читання супроводжується малюнками, які пояснюють загальний зміст тексту.

Дуже важливо для слабочуючої дитини якомога більше читати. Для цього можна користуватися букварем та книгами для дітей молодшого віку. Щоб зміст прочитаного був зрозумілим, дитині треба розтлумачувати кожне нове слово.

На уроках математики у школі слабчуючі діти справляються з лічбою добре, але розв'язування задач, де потрібно зрозуміти текст, спричиняє труднощі, оскільки діти часто не розуміють запитання задачі через те, що не завжди розуміють слова: *з них, більше – менше, дорожче – дешевше, вище – нижче* тощо. Важливо перевіряти розуміння тексту задачі та пояснювати його додатково, якщо він незрозумілий. Під час вивчення математики слід проводити спеціальну роботу з розвитку мовлення, до того ж з використанням унаочнення.

Із кожною слабчуючою дитиною необхідно постійно проводити велику словниково-роз'яснювальну роботу, тоді і навчання у загальноосвітній школі та мовленнєвий розвиток відбуватимуться значно легше і цікавіше.

Окрім того, дуже важливою є тісна співпраця батьків вихованців із педагогами. На жаль, батьки часто вважають, що їхніх дітей із порушеннями слуху всього мають навчити у школі. У кращому випадку мама й тато приділяють певну увагу фізичному розвитку малюка і вже зовсім мало – розвитку розумових здібностей, мовлення, моральному й естетичному вихованню. Це негативно позначається на розумовому розвитку дітей, прирікає їх на обмежене спілкування з людьми, які їх оточують, – дорослими та однолітками.

Дуже важливо, щоб батьки зрозуміли: не можна відкладати виховання і навчання малят із порушеннями слуху на невизначений час, коли дитина, мовляв, підросте, або перекладати тільки на навчальний заклад.

У віці до шести років дитина з порушеннями слуху здебільшого неорганізована, не вміє гратися, контактувати з іншими людьми і дітьми. Тому першочергове завдання – навчити дитину *наслідувати дії дорослого*, усвідомлювати особисті дії, підкорятися вимогам батьків. Заняття краще проводити перед дзеркалом, щоб дитина бачила в ньому і себе, і дорослого.

Для розвитку дрібної моторики корисно використовувати вправи з гудзиками. Гудзики розсипають по підлозі і показують малюкові, як їх збирати та складати у коробку.

Для формування просторових уявлень дитини бажано навчити її складати зображення предметів (квітку, метелика, чашку, яблуко тощо) з двох – трьох частин. Такі ігри-заняття дуже корисні для формування уявлень про ціле та його частини, вміння порівнювати предмети, бачити подібність та відмінність, виправляти допущені помилки. Для цього треба під час прогулянок та екскурсій постійно зосереджувати увагу дітей. Наприклад, показувати, що на вулиці є будинки – високі й низькі, їздять машини, автобуси, ходять пішоходи.

Розвиток мовлення слабочуючих дітей слід починати з формування понять. Наприклад, у розумінні дитини слово *стілець* означало тільки маленький дитячий стільчик, а слово *плаття* стосувалося лише її блакитної сукенки, в яку вона була вдягнена, коли вперше почула це слово. *Інша відповідальна ділянка роботи – навчання дітей із порушеннями слуху мовного спілкування.* Активне користування мовою потребує постійного вправляння, яке дуже важко організувати в колективі дітей із порушенням слуху. На початку роботи головна мета – привчити дітей вживати відомі їм слова та речення для висловлення своїх бажань (наприклад, «*Я хочу пити*», «*Ходімо гуляти*» тощо). Якщо дитина для задоволення своїх потреб використовує жести або міміку, педагоги і батьки мають за допомогою виразу обличчя показати, що її не розуміють, або запропонувати повторити своє прохання за ними і тільки в тому разі, якщо вона це зробить, задовольнити прохання дитини.

На жаль, бувають випадки, коли люблячі батьки намагаються виконувати всі бажання і забаганки дітей. Це може зашкодити вихованню та розвитку дитини. Малюк доходить

висновку, що зовсім не треба старатися словесно виражати своє прохання, адже для його задоволення досить міміки та жестів.

Малюк із недоліками слуху не вміє усвідомити невідоме, тому в нього не виникає запитань навіть тоді, коли він володіє потрібними мовними засобами. Ось чому педагоги і батьки мають постійно звертати увагу дітей на явища та предмети, ставити запитання, емоційно підкреслювати свою зацікавленість – і так стимулювати інтерес дітей до навколишнього світу, прагнення запитувати про побачене.

Кілька порад учителям:

- Навчіться перевіряти справність слухового апарату дитини.
- Ознайомтеся зі спеціальними технічними засобами, які сприятимуть ефективності навчального процесу. Доцільно, аби навчальний заклад придбав необхідну апаратуру.
- Учень має сидіти достатньо близько, добре бачити вчителя, однокласників та унаочнення. Він має чітко бачити артикуляційний апарат усіх учасників уроку.
- Використовуйте якомога більше унаочнень.
- Стежте за тим, щоб учень отримував інформацію в повному обсязі. Звукову інформацію необхідно підкріплювати та дублювати зоровим сприйняттям тексту, таблиць, опорних схем тощо.
- Починаючи розмову, приверніть увагу учня: назвіть його на ім'я чи торкніться його руки. Звертаючись і розмовляючи з учнем, дивіться на нього, щоб він міг бачити усі ваші рухи (артикуляцію, вираз обличчя, жести, мову тіла).
- Перед тим, як розпочати повідомлення нового матеріалу, інструкцій щодо виконання завдання тощо, переконайтеся, що учень дивиться на вас і слухає.
- Не затуляйте обличчя руками, не говоріть обернувшись до учня спиною. Якщо необхідно – зробіть запис на дошці, а потім, повернувшись обличчям до класу, повторіть написане та прокоментуйте.
- Говоріть достатньо гучно (але не надто – це спотворює слова), в нормальному темпі, не перебільшуючи артикуляцію, рухи губами.

- Час від часу переконуйтеся, що учень вас розуміє. Не вважатиметься нетактовним запитати його про це. Якщо учень просить щось повторити, спробуйте перефразувати повідомлення, вживаючи короткі прості речення. Якщо ви не зрозуміли відповідь учня, попросіть його повторити ще раз чи написати те, що він хотів повідомити.

- Якщо ви повідомляєте складний матеріал, що містить терміни, формули, дати, прізвища, географічні назви, доцільно надати його учневі в письмовій формі. Використовуйте роздатковий матеріал, що найповніше передає зміст уроку.

- Переконайтеся, що всі слова в тексті зрозумілі. За можливості спрощуйте текст.

- Ініціюйте мовленнєве спілкування учня. Не перебивайте його, дайте можливість висловити думку.

3.5. Невербальні засоби комунікації. Мова жестів

Невербальні засоби комунікації вивчає *паралінгвістика*. Це досить нова мовознавча дисципліна, що займається вивченням факторів, які супроводжують мовне спілкування та беруть участь у передачі інформації. Паралінгвістика розвинулася у 50-і роки ХХ ст. Сьогодні термін «паралінгвістика» міцно утвердив у мовознавстві для позначення галузі науки, яка займається загалом сферою несловесної комунікації.

Коло питань, які обговорюються у межах паралінгвістики, охоплює всі види кінесики (від жестів до пантоміми), фонації (від мовлення до вокального мистецтва) і спілкування з використанням ситуативного тексту.

Як показує розгляд гіпотез походження людської мови, всі філософи та інші науковці підкреслювали особливу роль у становленні людської свідомості і звукової мови «кінетичної» – мови жестів та пантоміми.

Про роль жестів у виникненні людської мови писали дослідники, котрі притримувалися різних теорій походження звукової мови. Так, В. Вундт (1832 – 1920), прихильник вигової теорії, вважав, що спочатку існували дві мови – мова жестів (рухи рук і обличчя) та мова звуків (рухи язика та губ). За допомогою звуків виражали почуття, за допомогою жестів – уявлення про

предмети. За допомогою рук та міміки виражали дозвіл та заборону, наказ і прохання, загрозу та радість.

Жестикуляція – явище історичне та соціальне. Деякі її риси, а також міміка людини нагадують рухи тварин, про що писав ще Ч. Дарвін, зокрема у праці «Вираження емоцій у людини і тварин» (1872). Поступово примовленнева жестикуляція починає відігравати важливу роль у різних народів.

Мова жестів – це вид спеціального письма, який дає змогу позначати цілі слова, а також літери алфавіту певними жестами. Мову жестів для обміну інформацією використовують як люди із вадами голосових зв'язок та слуху, так і люди без них. Відповідно розрізняють: а) мову жестів для людей без вад органів мовлення (наприклад, в австралійських племенах вдови після смерті чоловіків рік розмовляють лише мовою жестів); б) мову жестів для осіб із порушеннями органів мовлення – глухих чи глухонімих (таких людей за наявними даними від 0,4 до 1,5%). Мова жестів за своїми можливостями не поступається звуковій мові, хоча соціально має нижчий статус.

Згідно з гіпотезою американського дослідника історії походження мови Г. Х'юза, запропонованою у 1973 р., звуковій мові людей передувала мова жестів, яка виникала спонтанно 3 млн років до н. е. Потім мова жестів стала доповнюватися вимовою 20 – 40 звуків. Лише за 100 тис років до н. е. мова звуків остаточно витіснила мову жестів. Посилено розвиватися звукова мова почала лише останні 100 – 40 тис років до н. е.

Першим підтвердженням цієї гіпотези є те, що мови жестів мавп (шимпанзе використовують 200 жестів, а горили – 1000) і дітей у домовний (сенсомоторний) період збігаються.

Друге підтвердження гіпотези було отримано експериментально. Так, коли мавпу навчали мови жестів людини (аналогічно вчать глухоніму особу), вона засвоювала приблизно 500 слів і досягала рівня розвитку п'ятирічної дитини. Мавпа спілкувалася цією мовою з людьми й іншими родичами-мавпами. До того ж мавпа навіть уміла робити узагальнення (на зразок: цитрина й мандарин – цитрусові) та ще й лаятися (так, знаючи слово «сміття», мавпа вилаяла чоловіка, який роздратував її: «Ти – сміттєвий (тобто «брудний») чоловік»).

В Україні жестова мова існує приблизно два століття, тобто відтоді, як появилися перші осередки, громади глухих і відповідно спеціальні школи для глухих дітей (Львівська школа для глухих дітей була відкрита у 1830 р., Одеська – у 1843 р.). Жестова мова розвивалася і культивувалася у родинах глухих від покоління до покоління. Це геніальний комунікативний витвір людей, для яких неможливе усне спілкування; прояв творчої здатності і підтвердження, того, що людина, позбавлена слуху, спроможна творити і спілкуватися рідною мовою.

Першими сурдопедагогами, котрі працювали на теренах сьогodнішньої України, були М. Лаговський, І. Соколянський, Л. Виготський, Р. Боскіс, Р. Краєвський та інші.

Л. Виготський – видатний психолог ХХ ст., людина широкої ерудиції, жестову мову визначав не як кінетичну копію словесної мови, а як символічну систему зі своїми закономірностями, структурою, які не закладені біологічно, а виникли завдяки соціуму у відповідь на потребу у спілкуванні: спочатку з батьками, потім – із вихователями, однолітками, педагогами, колегами. Тільки якісне включення в життя суспільства забезпечує глухим дітям нормальний розвиток мислення. «Боротьба усного мовлення з мімікою, незважаючи на всі добрі наміри педагогів, зазвичай, завжди закінчується перемогою міміки, не тому, що міміка із психологічного погляду є специфічним мовленням глухонімої людини, не тому, що вона легша щодо засвоєння, а тому, що вона – це реальне мовлення у всьому багатстві його функціонального значення, а штучно насаджена усна вимова слів позбавляє життєвого багатства і є тільки мертвим відбитком живого мовлення». Він аргументовано рекомендував сурдопедагогам використовувати всі можливості мовленнєвої діяльності глухої дитини, не ставлячись зверхньо, недобррозичливо до міміки як до ворога, розуміючи, що різні форми мовлення можуть бути не тільки конкурентами, а й сходинками, завдяки яким нечуюча дитина поступово оволодіває мовленням.

Прихильники білінгвістичного навчання вважають, що для більшості глухих найбільш позитивною педагогічною системою є середовище словесно-жестової двомовності, яке визначається рівноправністю засобів у процесі навчання і виховання глухих

дітей. За білінгвістичного підходу використовується рідна жестова мова, якою користуються під час спілкування дорослі глухі.

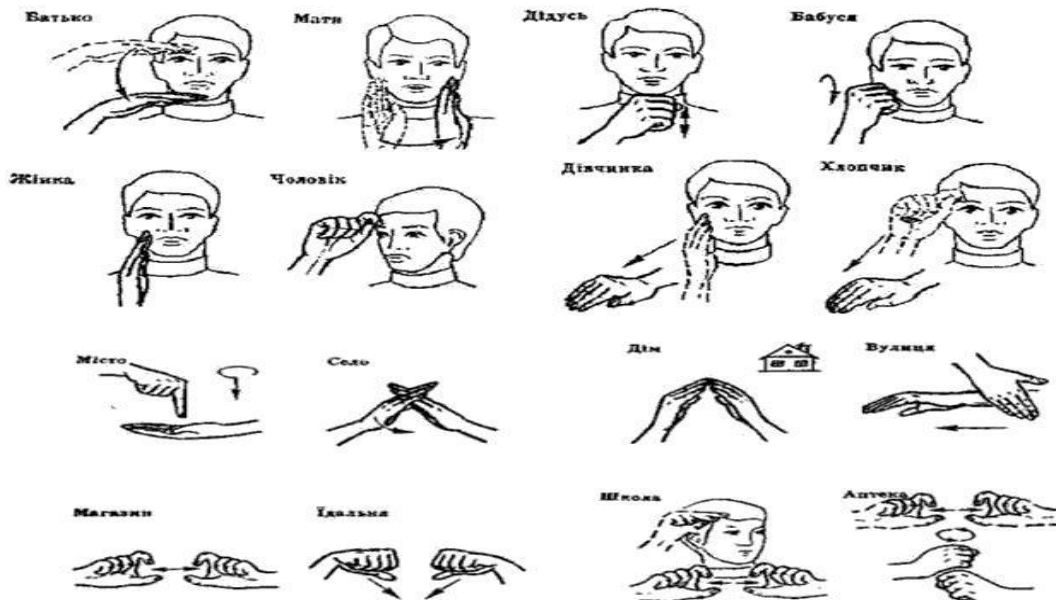


Рис. 3.1. Жести, що позначають окремі слова



Рис. 3.2. Одноручна пальцева абетка для кириличного алфавіту

Водночас із широким ситуаційним паралінгвістичним контекстом усне спілкування широко використовує типізовані фізичні прояви мовця, спрямовані на орієнтацію слухача однозначно сприймати висловлювання. До цих засобів належать насамперед жести і міміка. Жести охоплюють різноманітні рухи тіла, тобто кінесику, а міміка – це вираз обличчя мовця. Слово «жест» запозичено з французької мови, що, зі свого боку, успадкувала його з латинської (лат. «gestus» означає «постава, поза, рух тіла»).

Антропологи виявили, що людське тіло може приймати до тисячі найрізноманітніших стійких поз, значна частина яких має чітко виражене комунікативне призначення. Міміка та жести підсилюють інформацію, а іноді створюють певний підтекст, навіть антонімічно переосмислюють сказані слова, ілюструючи так відому сентенцію, що мова дана для того, аби приховувати свої думки. Не треба забувати, що у спонтанному мовленні, коли важко підшукати потрібне слово, його заміняють жестом. Якщо, наприклад, запитати, що таке кручені сходи або брижі, будь-яка людина, навіть дуже обдарована в мовному плані, мимовільно починає рукою зображати спіраль або кистю руки в горизонтальному положенні похитувати пальцями.

Мовознавці зрозуміли важливість міміки та жестів у спілкуванні, особливо якщо врахувати, що вони мають і національну специфіку; це засвідчується створенням словників жестів та міміки.

Література

1. Борщевська Л. Якщо в дитини порушення слуху / Л. Борщевська // Дошкільне виховання. – 2001. – № 2. – С. 14 – 16.

2. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посібник. / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук. – Видання доповнене та перероблене. – К. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.

3. Кондратенко В. О. Психолого-педагогічний аспект словотворчої роботи зі слабочуючими дітьми / В.О. Кондратенко // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – № 6. – С. 47 – 48.

4. Мартинчук О. Основи корекційної педагогіки : навч.-метод. посібник [для студентів] / О. Мартинчук. – К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288 с.

5. Назарина В. Дитина з розладом слуху: особливості спілкування / В. Назарина // Дошкільне виховання. – 2002. – №10. – С. 8 – 10.
6. Нейман Л. В. Слуховая функция у тугоухих и глухонемых детей / Л. В. Нейман. – М., 1961.
7. Невербальні засоби комунікації. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу://studopedia.su/10_65013_II-neverbalni-zasobi-komunikatsiyi-yak-paralngvistika.html.
8. Пантюк Т. І. та ін. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник. – 2-ге видання, доповнене і перероблене / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П. Пантюк. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ ім. І. Франка, 2009. – 324 с.
9. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.
10. Синьов В. М. Основи дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.
11. Сурдопедагогіка : конспект лекцій. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.bookz.com.ua/7/index.htm>.
12. Шевченко Л. Особливі діти (Глухі діти) / Л. Шевченко // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2002. – № 1 – 2. – С. 161 – 162.
13. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки [текст] : підручник / З.М. Шевців. – К. : «Центр учбової літератури», 2016. – 248 с.
14. Ярмаченко М. Д. Проблема компенсації глухоти / М. Д. Ярмаченко. – К., 1976. – 251 с.

РОЗДІЛ 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

- 4.1. Роль зору в життєдіяльності та розвитку дитини.
- 4.2. Особливості зорового сприймання в дитячому віці.
- 4.3. Класифікація зорових порушень у дітей та причини їх виникнення.
- 4.4. Індивідуальний підхід і соціальна допомога дітям з незначними порушеннями зору в умовах масової школи.
- 4.5. Рельєфно-крапковий шрифт Брайля.

4.1. Роль зору в життєдіяльності та розвитку дитини

Відомо, що найбільше вражень від сприймання предметів і явищ навколишнього світу мозок людини отримує через зоровий аналізатор. Зір відіграє величезну роль не лише в розвитку зорового сприймання, а й просторових уявлень (просторове орієнтування в довкіллі, рухова сфера), адже моторика розвивається під контролем зору.

Зорово-просторові уявлення набувають особливо важливого значення для дитини у процесі навчання у школі, оскільки опанування букв, вивчення числових позначень, орієнтація у схематичних зображеннях (карти, таблиці, схеми тощо) передбачає певний рівень розвитку зорово-просторових уявлень.

Як свідчать дослідження, роль зору в життєдіяльності людини є надзвичайно великою. Проблема розвитку, навчання і виховання дітей із порушеннями зору була предметом дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних учених (В.Акімушкін, В.Беліцька, А.Велицький, Т.Головіна, В.Єрмаков, М.Немцова, А.Литвак, Б.Сермеєв, Л.Солнцева, R.Gromer, C.Miller, L.Higgins та ін.).

Через орган зору людина отримує 90 % усієї інформації. За допомогою зору впізнаються основні ознаки, що характеризують предметний світ: колір, форма, величина, об'єм. Завдяки зору встановлюються просторові відношення між предметами, оцінюються відстань, напрямок, сприймається перспектива. Зір відіграє значну роль у формуванні предметного значення слів і граматичних категорій, які вживаються дітьми у мовленні, у розвитку в них образного мислення. Саме тому підготовка дітей

із порушеннями зору до майбутньої інтеграції у суспільство має започатковуватися вже у молодшому шкільному віці.

Останнім часом значно зросли інтелектуальні навантаження в навчальних закладах, що особливо негативно позначилося на дітях із розладами зору. Це призвело до підвищення їхньої втомлюваності, збільшення кількості соматичних захворювань і стійкого їхнього небажання оволодівати процесом пізнання загалом. Порушення у діяльності зорового аналізатора викликають у дитини труднощі у пізнавальній діяльності, обмежують її можливості. Тому дитина отримує менше інформації про довкілля (як у кількісному, так і в якісному аспектах), ніж діти з нормальним зором. Зрозуміло, що діти з порушеннями зору потребують особливих умов для повноцінного різнобічного розвитку.

Слід зазначити, що специфіка навчання і виховання таких дітей проявляється в урахуванні загальних закономірностей та специфічних особливостей розвитку дітей, в опорі на здорові сили і їхнє збереження, можливості використання спеціальних форм та методів роботи, перерозподілі навчального матеріалу й заміні темпу його засвоєння, у використанні спеціальних посібників, приладів. Особлива увага звертається на створення санітарно-гігієнічних умов, поєднання корекційно-виховної роботи з лікувально-відновлювальною в умовах початкової школи. Основна відповідальність за підготовку, організацію і проведення цієї роботи покладена на вчителя початкових класів.

Учені (Л.Виготський, О.Леонтьєв та ін.) вважають, що найсприятливішим ґрунтом для розвитку компенсаторних пристосувань у дітей із різними дефектами є виконання будь-якої діяльності. Не змінюючи своєї суті, зберігаючи основні форми (гра, навчання, праця), діяльність як прояв внутрішньої і зовнішньої (психічної та фізичної) активності людини при глибоких порушеннях зору набуває додаткової компенсаторної функції. Раннє включення дітей із вадами зору в пізнавальну діяльність сприяє корекції та компенсації у них порушених функцій.

Щоб відповісти на запропоновані питання, необхідно вивчити принципові позиції тифлопедагогіки. **Тифлопедагогіка** –

розділ спеціальної педагогіки про розвиток, виховання та навчання дітей і дорослих із порушеннями зору.

4.2. Особливості зорового сприймання в дитячому віці

Зір – відчуття (сенсорне відчуття), що дає змогу сприймати світло; колір та зовнішню структуру навколишнього світу у вигляді зображення або картини. У людини органами зору є очі; втім, зорова картина є також продуктом обробки первинної зорової інформації мозком.

Перш ніж з'ясувати, як розвивається орган зору в міру росту дитини і що потрібно робити, аби уникнути появи в неї зорових розладів, необхідно відповісти на питання: «Завдяки чому ми бачимо навколишній світ і як це відбувається?».

Функція зору здійснюється в людському організмі за допомогою **зорового аналізатора**. Око дитини має кулясту форму. Діаметр очного яблука – приблизно 2,5 см. Із зовні око вкрите щільною непрозорою оболонкою – **склерою**. Передня частина склери переходить у прозору рогову оболонку – **рогівку**, що діє як збиральна лінза й забезпечує 75 % здатності ока заломлювати світло.

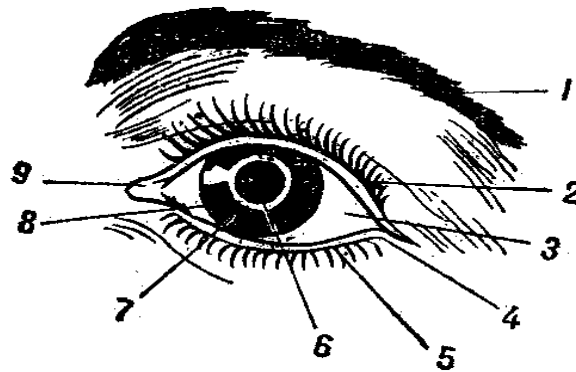


Рис. 4.1. Будова ока:

1 – брова, 2 – верхня повіка, 3 – склера, покрита кон'юнктивою, 4 – зовнішній кут повік, 5 – нижня повіка, 6 – зіниця, 7 – райдужна оболонка, 8 – рогова оболонка, 9 – внутрішній кут повік.

Із внутрішнього боку склера вкрита **судинною оболонкою**, що складається з кровоносних судин, які живлять око. У передній частині ока судинна оболонка переходить у **райдужну**, яка неоднаково забарвлена в різних людей. У райдужній оболонці є круглий отвір – **зіниця**. Зіниця звужується в разі посилення інтенсивності світла й розширюється в разі ослаблення. Здатність

ока пристосовуватися до різної яскравості розглядуваних предметів називають *адаптацією*.

За зіницею розташований **кришталик**, який є двоопуклою лінзою. Кришталик, завдяки скріпленям із ним м'язам, може змінювати свою кривизну, а отже, й оптичну силу.

Судинна оболонка із внутрішнього боку ока вкрита **сітківкою** – розгалуженнями світлочутливого нерва. Найчутливіша частина сітківки розташована прямо навпроти зіниці й називається жовтою плямою. Місце, де зоровий нерв входить в око, несприйнятливий до світла, тому має назву «сліпа пляма».

В утворенні зображення також бере участь **склисте тіло** – прозора драглиста маса, що заповнює простір між кришталиком і сітківкою. Світло, яке потрапляє на поверхню ока, заломлюється в рогівці, кришталіку та склистому тілі. У результаті на сітківці виходить *дійсне, перевернуте, зменшене зображення предмета*.

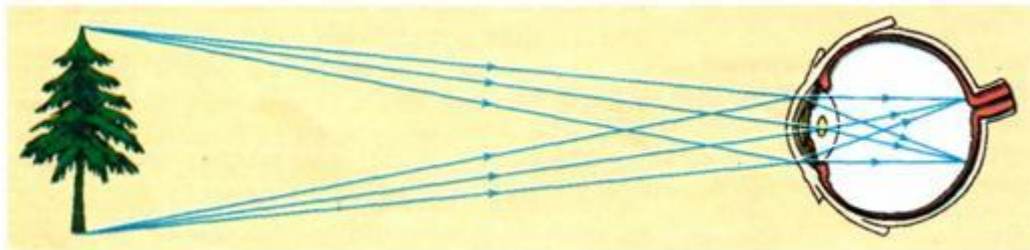


Рис. 4.2.Зображення, що виходить на сітківці ока, – дійсне, перевернуте, зменшене

Якщо дитина має гарний зір, вона бачить чіткими як далеко, так і близько розташовані предмети. Це відбувається тому, що в разі зміни відстані до предмета кришталик ока змінює кривизну.

Здатність кришталіка змінювати кривизну в разі зміни відстані до розглядуваного предмета називають **акомодацією**.

Якщо дитина дивиться на досить віддалені предмети, в око потрапляють паралельні промені – при цьому око найкраще розслаблене. Що ближче розташований предмет, то сильніше напружується око. Найменшу відстань, на якій око бачить предмет, практично не напружуючись, називають відстанню найкращого зору. Для людей із нормальним зором ця відстань дорівнює приблизно 25 см. Саме на такій відстані дитина з добрим зором читає книжку.

Отже, око людини влаштоване дуже складно, кожна його частина має певне значення. Орган зору потребує захисту від ушкоджень, що більше, певних умов для нормального розвитку й роботи.

Зір дітей формується в міру їхнього росту й має свої особливості. Найбільше інтенсивно цей процес відбувається від 1-го до 5-го року життя. Ріст очного яблука триває до 14 – 15 років. До цього часу довжина осі ока стає в середньому 24 мм. Відповідно змінюється й заломлювальна сила ока, що позначається на здатності ока бачити предмети чітко – гостроті зору. Гострота зору дорівнює 1.0° (діоптрії), формується в дітей не відразу, а залежить від віку. Так, при народженні більшість дітей схильні до далекозорості, і тільки з 6-ти років збільшується чисельність дітей із нормальним зором.

Час появи зорового дефекту має суттєве значення для психічного і фізичного розвитку дитини. Що раніше виникла сліпота, то більш помітні вторинні відхилення, психофізичні особливості та своєрідність психофізичного розвитку. Втрата зору формує своєрідність емоційно-вольової сфери, характеру, чуттєвого досвіду. У сліпих виникають труднощі у грі, навчанні, в оволодінні професійною діяльністю. У старшому віці виникають побутові проблеми, що є причиною складних переживань і негативних реакцій.

4.3. Класифікація зорових порушень у дітей та причини їх виникнення

За ступенем порушення зору розрізняють три групи дітей. Перша – особи з абсолютною (тотальною) сліпотою, внаслідок якої повністю втрачено зорове сприймання, та практично сліпі, які мають світловідчуття або залишковий зір, що допомагає сприймати світло, колір, контури (силуети) предметів. Ці діти зазвичай до масової школи не потрапляють. В окремих випадках до школи для сліпих дітей скеровуються слабозорі, у яких спостерігається прогресуюча форма хвороби очей і котрих із метою охорони залишкового зору доцільно навчити користуватися рельєфно-крапковим шрифтом Л.Брайля.

Другу групу, чисельнішу порівняно зі сліпими, складають слабозорі діти, які мають гостроту зору від 0,05 до 0,4 на оці, яке

краще бачить із корекцією окулярами. Ці діти, крім зниження гостроти зору, можуть мати й відхилення у стані інших зорових функцій (світло- і кольоровідчуття, периферійного та бінокулярного зору тощо).

І сліпі, і слабозорі діти навчаються за програмами для масової загальноосвітньої школи, зміст яких адаптується до можливостей їхнього тактильного або зорового сприймання. Коли слабозорі діти навчаються в умовах масової школи, вчителів необхідно знати і враховувати їхні суттєві труднощі через уповільненість та вузькість зорового сприймання: нечітко розрізняють предмети, їхні форми, зовнішні ознаки; не бачать рядка, плутають подібні за накресленням букви, цифри, що заважає опануванню читання і письма, лічби та розв'язання задач, розумінню змісту прочитаного. Вони також не бачать написаного на дошці, таблицях тощо. Під час зорового навантаження такі діти швидко втомлюються, у них знижується працездатність. Несвоєчасне виявлення слабозорих дітей серед інших учнів класу може призвести не лише до їхньої неуспішності та педагогічної занедбаності, а й до погіршення і без того ушкодженого зору.

Педагоги, у класах яких навчаються слабозорі діти, мають знати, що цим дітям протипоказані різкі рухи, нахили, піднімання тяжких речей, зокрема на уроках трудового навчання, фізкультури. Тому навчання цих дітей потребує спеціальних умов і має відбуватися переважно у спеціальних школах.

До *третьої групи* належать діти з аномалією рефракції – короткозорістю, далекозорістю, астигматизмом, косоокістю, амбліопією.

Важливо розрізняти *прогресуючі* та *не прогресуючі* розлади зорового аналізатора. При перших спостерігається поступове погіршення зорових функцій, пов'язане з перебігом патологічного процесу. Це може бути спричинене такими важкими захворюваннями, як глаукома, при якій характерні підвищення внутрішньоочного тиску та зміни у тканинах ока, незакінчена атрофія зорового нерва, пігментна дистрофія сітківки, що є вродженим захворюванням і може проявитися в будь-якому віці. Наприклад, зір знижується тоді, коли збільшується мозкова пухлина, дитина не дотримується

гігієнічних умов під час письма і читання (прогресуюча короткозорість та далекозорість). Пухлини довго не виявляються, але на певних етапах розвитку дитини призводять до поступового зниження зору аж до різкого, яке нерідко супроводжується головними болями, порушення розумової працездатності. У таких випадках що раніше буде поставлено правильний діагноз і проведено оперативне втручання, то краще для збереження зору дитини та її загального розвитку.

До *прогресуючих порушень зору* належать *короткозорість та далекозорість, астигматизм, косоокість, амбліопія, дальтонізм.*

При порушенні санітарно-гігієнічних умов діяльності дитини, неправильному або слабкому освітленні, непомірному навантаженні на зір може розвинутися *зорова недостатність – короткозорість або далекозорість.* Тому дуже важливі систематичні перевірки зору в дітей та обов'язкове дотримання порад лікаря в разі виявлення якихось відхилень (зокрема при потребі дитина має мати коригуючі окуляри, дотримуватися режиму зорових навантажень тощо).

Аби краще розібратися, що відбувається в оптичній системі ока при короткозорості й далекозорості і як коригуються ці порушення зору, можна уявити таку ситуацію. Троє дітей, один і з яких має нормальний зір, другий – короткозорість, а третій – далекозорість, дивляться на ті самі предмети, розташовані досить далеко (наприклад, на зорі). У першої дитини фокус оптичної системи ока у спокійному (ненапруженому) стані розташований на сітківці, тобто паралельні промені, що потрапляють в око, після заломлення в оптичній системі ока збираються на сітківці (рис. 4.3), і зображення предметів на ній є чітким.

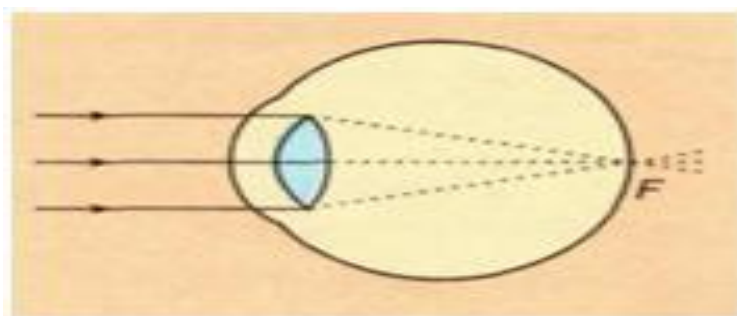


Рис. 4.3. Оптична система здорового ока

У спокійному стані фокус F оптичної системи здорового ока розташований на сітківці.

Короткозорість – це порушення зору, при якій фокус оптичної системи ока у спокійному (ненапруженому) стані розташований перед сітківкою (рис. 4.4, а). Це відбувається тому, що при короткозорості кут заломлення світлового пучка в оптичній системі ока виявляється більшим, ніж у людини з нормальним зором. Тому зображення предметів на сітківці є нечітким, розмитим. Відстань найкращого зору в разі короткозорості менша від 25 см. Саме тому короткозора дитина, щоб роздивитися предмет у руках, підносить його близько до очей. Короткозорість коригується носінням окулярів із розсіювальними лінзами (рис. 4.4, б).

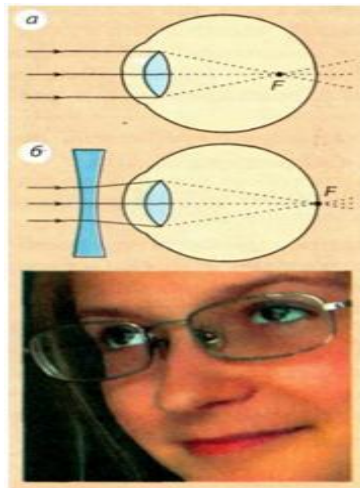


Рис. 4.4. Оптична система зору в разі короткозорості

Далекозорість – це порушення зору, при якій фокус оптичної системи ока у спокійному (ненапруженому) стані розташований за сітківкою (рис. 3.5, а). Це відбувається тому, що при далекозорості кут заломлення світлового пучка в оптичній системі ока виявляється меншим, ніж у людини з нормальним зором. Зображення предметів на сітківці також буде нечітким, розмитим.

Відстань найкращого зору в разі далекозорості перевищує 25 см, тому, роздивляючись предмет у руках, дитина відсуває його від очей. Далекозорість коригується носінням окулярів зі збиральними лінзами (рис. 4.5, б).

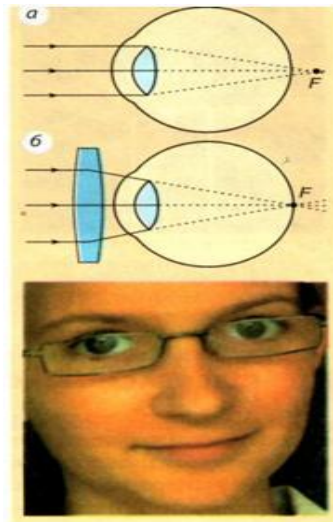


Рис. 4.5. Оптична система зору в разі далекозорості

У результаті заломлення світла в цій оптичній системі на світлочутливій поверхні очного дна – сітківці – утворюється зменшене, дійсне, перевернуте зображення предмета. Якщо оптична система ока збирає промені перед сітківкою, то зображення предмета на сітківці буде розмитим – такий дефект зору називається короткозорістю. Короткозорість коригують носінням окулярів із розсіювальними лінзами. Якщо оптична система ока слабо заломлює промені, то продовження променів перетинаються за сітківкою – такий дефект зору називається далекозорістю. Далекозорість коригують носінням окулярів зі збиральними лінзами.

Астигматизм характеризується тим, що зображення не фокусується (не збирається в єдиний пучок – фокус – на сітківці, як при нормальному зорі, а виникає в кількох фокусах (вертикальних, горизонтальних), розташованих на різній відстані від сітківки, внаслідок чого зображення предметів сприймаються викривлено.

Ці види порушень зору, спричинені аномалією рефракції, зазвичай, переважно *компенсуються окулярами*, що дає змогу дітям навчатися в масовій школі. Але щоб ці порушення зору не прогресували і не заважали дітям навчатися, дуже важливо вчасно їх виявити та компенсувати. Отож, перед учителем постає важливе завдання – якомога раніше помітити *початкові симптоми* цього захворювання, які виявляються, насамперед, під час навчання у школі.

Косоокість – відхилення очного яблука в різні боки або донизу внаслідок аномалій очних м'язів (їхньої рівноваги, одного чи кількох м'язів). Косоокість може бути *прихованою*, що виникає у стресових ситуаціях і не потребує спеціального лікування. *Відкрита косоокість* є наслідком порушень іннервації очних м'язів внаслідок загального захворювання організму, психотравми, спадковості та інших причин.

Амбліопія – зниження гостроти зору, яке не коригується оптично. Розрізняють амбліопію *високу* (гострота зору – від 0,001 до 0,1), *середню* (від 0,1 до 0,3) і *слабку* (від 0,3 до 0,8). Виникає внаслідок катаракти, вродженої аномалії рефракції, косоокості. Найпростіший засіб лікування – ізоляція на довгий період здорового ока, зорове тренування амбліоптичного ока, оперативне втручання при вродженій катаракті (бажано на 2 – 4 місяці життя).

Дальтонізм, колірна сліпота – спадкова, рідше набута особливість зору людини, що виражається в нездатності розрізняти один або декілька кольорів. Таке порушення зору була названа дальтонізмом – за прізвиськом англійського вченого Д. Дальтона, який сам страждав на такий розлад кольорового зору і вперше описав його.

Якщо в сітківці ока відсутнє або послаблене сприйняття одного з трьох основних кольорів, то людина не сприймає деякі кольори. Є «кольоровосліпі» на червоний (протанопи), зелений (дейтеранопи) і синьо-фіолетовий (тританопи) колір. Малопоширеною є парна або навіть повна колірна сліпота. Здебільшого чисельнішою є група осіб, які не можуть відрізнити червоний колір від зеленого. Ці кольори вони сприймають як сірі.

Дальтоніків не допускають до керування транспортом. Дальтонізм невиліковний, передається спадково або виникає після деяких очних і нервових хворіб. Деякі види дальтонізму слід вважати не «спадковим захворюванням», а швидше – особливістю зору. Згідно з дослідженням британських учених, особи, яким важко розрізняти червоні і зелені кольори, можуть розрізняти безліч інших відтінків (зокрема, відтінків кольору хакі, які здаються однаковими людям із нормальним зором). Клінічно розрізняють повну і часткову колірну сліпоту. Сьогодні дальтонізм невиліковний. Проте розроблена технологія лікування

дальтонізму завдяки вживанню у клітини сітківки відсутніх генів за допомогою методів генної інженерії з використанням у ролі вектора вірусних частинок. У 2009 р. у *Nature* появилася публікація про успішне випробування цієї технології на мавпах, багато з яких від природи погано розрізняють кольори.

До *непрогресуючих* дефектів зорового аналізатора належать насамперед деякі вроджені його вади: *мікрофтальм* – аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розмірів одного або обох очей у різних ступенях вираженості; *пігментна дистрофія сітківки* (дегенерація сітківки, яка призводить до звуження поля зору, а згодом – до повної його втрати); *колобоми* (дефекти тканини повік або оболонок очного яблука); *катаракта* (помутніння кришталика) та ін. Подібні розлади можуть спричинити й наслідки деяких інфекційних і запальних хвороб та хірургічних операцій на оці.

За часом втрати зору виокремлюють такі *категорії дітей: сліпонароджені; рано осліплі; пізно осліплі* (хто втратив зір після трьох років життя). Ця диференціація заснована на тому, що час втрати зору має велике значення для подальшого розвитку. Якщо дитина рано втратила зір, то стають помітнішими вторинні відхилення, психофізичні особливості та своєрідність її психофізичного розвитку. Водночас що пізніше дитина втрачає зір, то позитивнішу перспективу має у розвитку зорових уявлень. Однак якщо не розвивати зорову пам'ять, відбуватиметься поступове стирання зорових образів.

Причини порушення зору в дітей різноманітні. Дефекти зору класифікують на **вроджені і набуті**.

Вроджена сліпота спричинена ушкодженнями і захворюваннями плода в період вагітності (наприклад, деякі форми вроджених катаракт та ін.) або спадковою передачею певних порушень зору, зокрема під впливом важких захворювань матері упродовж вагітності, особливо на перших її етапах, коли у плода формуються органи зору. Вроджені катаракти, які спричинюють сліпоту і слабозорість, зумовлені порушенням обміну речовин, вітамінозною недостатністю, внутрішньоутробними запаленнями тощо. Крім того, слабозорість може бути викликана (що буває найчастіше) різноманітними хвороботворними впливами на орган зору, який формується в період

ембріонального розвитку. Найнебезпечнішими факторами, що можуть призвести до патології, є токсоплазмоз, захворювання вагітної краснухою, особливо у перші місяці, коли формується орган зору плода. Різноманітні пологові аномалії, які викликають внутрішньочерепні та внутрішньоочні крововиливи, переломи і зміщення кісток черепа, також можуть бути причиною вроджених зорових дефектів.

Набута сліпота буває наслідком захворювання органів зору – сітківки, рогівки, а також захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлина мозку, менінгоенцефаліт), ускладнень після інфекційних хвороб (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень мозку (поранення голови, ударів) тощо. Набуті зорові аномалії трапляються дещо рідше.

4.4. Індивідуальний підхід і соціальна допомога дітям з незначними вадами зору в умовах масової школи.

Альтернативні методи лікування порушень зору

Найбільшу групу становлять діти з порушенням зору, які за умови забезпечення їм індивідуального підходу можуть навчатися у масовій школі. Це діти з відносно легкими розладами зору, аномалією рефракції (короткозорість, далекозорість, астигматизм). У масових школах короткозорість – дуже поширене явище. Чисельність дітей, які страждають на цей дефект зору, помітно збільшується від молодшого до старшого шкільного віку. Одна з причин цього полягає в тому, що навантаження на зоровий аналізатор постійно зростає. Наприклад, доведено, що до погіршення зору певною мірою призводить робота з дисплеєм. Тому необхідний суворий контроль за обсягом завдань, які пов'язані з роботою на комп'ютері.

Отже, порушення зору – це така категорія психофізичних порушень, які проявляються в обмеженому зоровому сприйманні або його відсутності, що впливає на весь процес формування і розвитку особистості. В осіб із порушеннями зору вторинно виникають специфічні особливості діяльності, спілкування і психофізичного розвитку: відставання та своєрідність розвитку рухової активності, просторової орієнтації, формування уявлень і понять, способів предметно-практичної діяльності, особливості

емоційно-вольової сфери, соціальної комунікації, інтеграції в суспільство, адаптації до праці. Вчитель має добре уявляти індивідуальні психофізичні особливості і пізнавальні можливості такої дитини, чим вона відрізняється від можливостей однолітка з нормальним зором, поруч із яким навчатиметься.

Насамперед учитель має з'ясувати індивідуальні особливості функціонування зорової системи учня. Слабозорість може супроводжуватися додатковими зоровими порушеннями (звуженням поля периферійного зору, наявністю темних плям у полі зору, труднощів розпізнавання кольорів та ін.). До того ж учні з однаковою патологією зорового аналізатора (за однакової гостроти і поля зору) можуть мати різні можливості його використання. Один учень виконує завдання з опорою на зір, другий – на дотик, третій – на дотик і зір. На стан зору учня в певний момент можуть впливати й такі фактори як втома, освітлення, емоційне збудження або, навпаки, пригніченість, що теж має братися до уваги. Необхідно також пояснити учням класу, що їхній однокласник із вадою зору є повноправним членом класного колективу, але має індивідуальні особливості й потреби. Важливо простежити, щоб у період входження дитини в колектив вона не була емоційно травмованою зрячими учнями. Водночас не слід занадто опікуватися дитиною, адже надмірна турбота підкреслюватиме її порушення зору, сприятиме розвиткові егоїстичних рис особистості.

Стає зрозумілим, що вчителеві, який навчає дітей із порушеннями зору в масовій школі, необхідно знати *специфічні особливості корекційної роботи* з такими дітьми. Розглянемо спочатку особливості навчання дітей з аномаліями рефракції, оскільки переважно саме ці діти навчаються в масовій школі.

Учні з аномалією рефракції мають насамперед носити коригуючі окуляри. Через це вони потребують особливої уваги з боку педагога та дотримання правильних *санітарно-гігієнічних умов* у процесі навчальної роботи як у школі, так і вдома. Робоче місце такої дитини має бути правильно і достатньо *освітленим*. Її необхідно посадити на першому від вікна або у другому (середньому) ряду. Крім того, короткозорого учня слід посадити ближче до дошки. А далекозорого, навпаки, подалі від дошки. Це зумовлено особливостями зорових аномалій, про які йшлося.

Класна кімната має бути добре освітленою, а робоче місце учня з вадою зору – забезпеченим додатковим освітленням.

Учителеві необхідно стежити, щоб учень добре бачив навчальний матеріал на дошці, таблицях, картах тощо. Отож, *дидактичні наочні посібники* мають бути чіткими, яскравими, достатньо великих розмірів. Якщо завдання для самостійної роботи написано на дошці, то вчитель має переконатися в тому, що учень добре його бачить і розуміє, інакше він може не виконати завдання не тому, що не знає як, а просто його не бачить. Це суттєво позначатиметься на його успішності.

Важливо знати, що в учнів з аномалією рефракції підвищується *втомлюваність зору*. Тому, якщо можливо, зорову роботу необхідно частіше чергувати з іншими видами робіт. Після інтенсивного зорового навантаження упродовж 10 – 15 хвилин (читання, письма, малювання тощо) така дитина має кілька хвилин подивитися у далечінь (на дошку, настелю, а краще – у вікно), щоб зняти зорову втому.

Проте треба зазначити, що не всі діти з тяжким порушенням зору, тобто сліпі і слабозорі, спроможні навчатися в загальноосвітній школі разом зі зрячими дітьми. Тут можуть навчатися лише ті сліпі і слабозорі діти, які достатньо добре соціально адаптовані й успішно справляються з програмою спеціальної школи. Учителі, у класах яких навчаються діти з тяжким порушенням зору, мають забезпечувати *диференційований підхід до них*. Насамперед, важливо продумати, де слід посадити такого учня. Якщо дитина слабозора або має залишковий зір при відсутності вираженої світлобоязні, її потрібно посадити в середньому ряду за першою партою. Сліпа дитина, яка користується в навчанні переважно дотиком і слухом, може сидіти за будь-якою партою на розсуд учителя. Але слід врахувати ступінь чутності на цьому місці. Якщо у дитини спостерігається сильна світлобоязнь, її необхідно посадити спиною до вікна або закрити вікно шторою. Перед початком навчання дитини з тяжким порушенням зору важливо з'ясувати, на якій основі воно проводитиметься – на *тактильній* чи *зоровій*. Не менш важливо виховати у дитини *позитивне психологічне ставлення до переборювання труднощів*, які можуть

у неї виникнути. Учнів класу також необхідно підготувати до того, що з ними навчатиметься сліпий чи слабозорий учень. Доцільно ознайомити їх з особливостями цієї дитини і сформулювати доброзичливе ставлення до неї.

Існує низка особливостей навчання дитини із зоровою патологією, про які вчитель має пам'ятати. Зокрема, сліпий або слабозорий учень читає і пише повільніше, ніж його однокласники, тому не завжди встигатиме за ними. Отож, для нього доцільно скорочувати обсяг виконуваної роботи, не зменшуючи її складності. Час зорового навантаження у слабозорої дитини обмежений 15 – 20 хв, а час неперервної роботи – 10 – 15 хв. Відстань від очей учня до робочої поверхні має бути не меншою 30 см. Для читання він має користуватися підставкою. Під час уроків необхідно стежити за осанкою учня.

Особливої уваги заслуговує організація *фронтальної роботи* у класі. Для дітей із порушеннями зору потрібно підготувати індивідуальні картки, тексти, спеціальне унаочнення, щоб вони могли брати участь у фронтальних видах роботи.

У процесі навчально-виховної роботи значна роль належить *мовленню вчителя*. Воно має бути чітким, зрозумілим, виразним. Учитель вголос має проговорювати все, що він робить: записує, малює, демонструє тощо. Адже для сліпих і слабозорих школярів характерний *вербалізм уявлень і формалізм знань*, з огляду на що словникову роботу слід проводити не лише на уроках рідної мови, а й на інших уроках, у позаурочний час. Діти з тяжкими порушеннями зору мають значні труднощі у *просторовій орієнтації*, тому потребують спеціального навчання з орієнтування. Якщо у процесі навчання використовується демонстрація фрагмента фільму або відеозапису, сліпих і слабозорих учнів теж потрібно залучати до перегляду, супроводжуючи словесним поясненням події, обставини, поведінку героїв.

В усіх випадках ситуація входження у новий колектив для учня з порушеним зором є стресовим фактором, серйозним випробуванням. Якщо дитина не пристосовується до класного колективу й не засвоює навчальну програму, доцільно звернутися за допомогою до тифлопедагога або тифлопсихолога, щоб виявити причини цього стану.

Велике значення у сприйманні й пізнанні навколишнього світу у сліпих та слабозорих має дотик. Тактильне сприймання забезпечує отримання комплексу різноманітних відчуттів і дає змогу визначати форму, розміри фігури, встановлювати пропорційні відношення. Різні відчуття, які сприймаються нервовими закінченнями шкіри та слизовими оболонками, передаються у відділ кори головного мозку, пов'язаний з роботою рук і кінчиків пальців. Так незрячі і слабозорі вчаться «бачити» руками та пальцями.

Продовження навчання слабозорого в загальноосвітній школі без контролю з боку лікаря-спеціаліста може призвести до хронічної неуспішності, педагогічної занедбаності й подальшого погіршення зору. Така дитина потребує спеціального режиму, який виключає тривалі розумові й фізичні навантаження, різкі рухи і стрибки, нахили голови тощо. Навіть найтяжчі зорові дефекти (включаючи вроджену тотальну сліпоту) не є перешкодою у досягненні високих результатів у розумовому розвитку й набутті людиною високоморальної суспільно цінної, активної життєвої позиції.

Кілька порад учителям:

- Через кожні 10 – 15 хвилин учень має 1 – 2 хвилини перепочити, роблячи спеціальні вправи.
- Освітлення робочого місця учня має бути не менше 75 – 100 кд/м².
- Приберіть усі перешкоди на шляху до робочого місця учня.
- В унаочненнях доцільно збільшити штифт, фон зробити не білим, а світло-жовтим чи світло-зеленим.
- Пишучи на класній дошці, намагайтеся розташовувати матеріал так, щоб в учня він не зливався в суцільну лінію. З'ясуйте, написи яким кольором крейди учень бачить краще.
- Давайте можливість учням підійти до дошки чи унаочнення, щоб краще роздивитися написане.
- Озвучуйте все, що пишете.
- Намагайтеся все, що пишете на дошці, продублювати роздатковим матеріалом.
- Зверніть увагу на якість роздаткового матеріалу: має бути матовий, а не глянцева папір, шрифт великим і контрастним.

- Учні з порушенням зору потрібно більше часу на виконання вправ, читання тексту. Не переобтяжуйте учня читанням великих текстів під час самостійного опрацювання матеріалу, краще поясніть ще раз усно, переконайтеся, що він все зрозумів.

- Доцільно переглянути вимоги до письмових робіт. Іноді слабозорому учневі необхідно писати з використанням трафарету, щоб правильно розташувати текст на сторінці та дотримуватися рядків.

- Частіше перевіряйте розуміння учнем матеріалу, який подається на уроці.

- Стежте за поставою учня, водночас, не обмежуйте його, коли він надто близько підносить тексти до очей.

- Дитина може погано бачити вираз вашого обличчя і не розуміти, що ви звертаєтеся саме до неї. Краще підійти до учня, і торкаючись його, звернутися на ім'я.

- Не робіть зайвих рухів і не затуляйте учневі джерело світла, не використовуйте невербальні засоби спілкування (кивання головою, рухи рук тощо).

Альтернативні методи лікування порушень зору. Альтернативні методи лікування порушень зору відомі ще з давніх часів. Згадки про методи лікування різних захворювань очей можна знайти у трактатах древньої індійської системи *йога*.

Також для лікування зору застосовують **метод Бейтса**, який отримує все більшу популярність не лише у Сполучених Штатах Америки, батьківщині Бейтса, а й у Європі та Азії. Основні принципи доктора Бейтса викладені в його книгах і в дослідженнях його численних прихильників. *Метод Бейтса* належить до розряду альтернативних способів лікування. Він названий на честь Вільяма Бейтса – людини, яка сталася свого роду революціонером в офтальмології. Бейтс – американський лікар-офтальмолог, який розробив нові методи поліпшення і відновлення зору. Після проведених досліджень Бейтс випускає книгу і починає видавати журнал, присвячений проблемам зору.

Метод Бейтса був негативно оцінений практично всіма окулістами. Бейтс вважав, що окуляри надзвичайно шкідливі для органів зору людини. З цим не могли погодитися провідні офтальмологи світу, які поспішили назвати Бейтса

«шарлатаном». Та на захист нового методу стали багато відомих людей, які самі випробували його ефективність.

Основною причиною поганого зору Бейтс називає психологічне і фізичне напруження, навантаження на очі, які не можуть розслабитися, внаслідок чого відразу погіршується зір. Аби відновити зір, потрібне правильне харчування, пальмінг, соляризація очей.

І хоча цей метод викликає бурхливі дискусії, ніхто не заперечує його позитивного впливу на загальний стан очей. Відмічається поліпшення стану хворих на катаракту, глаукому, пресбіопію, астигматизм, косоокість та інші дрібні розлади органів зору.

Основні принципи методу Бейтса – правильне харчування, психологічне розслаблення, *пальмінг, соляризація*.

Пальмінг (від англ. palm – долоня) – комплекс вправ, призначених для розслаблення органів зору. Вони були відомі і широко використовувалися ще в давній Індії в системах Йоги. На Заході ці вправи набули популярності після виходу книги В. Бейтса «Perfect Sight Without Glasses» у 1920 р. Бейтс став основоположником нового методу відновлення зору, де пальмінг займає основне місце.

Виконувати пальмінг краще сидячи, для того, щоб досягти максимального розслаблення очей. Варто зазначити, що не існує єдиного класичного правила для виконання пальмінгу, лише основні поради, які будь-хто може пристосувати до себе. Метод Бейтса пропонує такий варіант:

Займіть зручну для вас позу. Накрийте очі долонями так, щоб чашечки долонь розмістилися точно над очима, а пальці перехрестилися на чолі. Тобто долоні на обличчі набудуть форми літери Х. Почніть подумки «проходитися» по вашому тілі, починаючи від ніг. Уявіть, як кожна частина вашого тіла починає розслаблятися. «Дійдіть» до очей, уявіть, як вони розслабляються, як втома поволі минає.

Після цього Бейтс рекомендує вправу, яку він назвав приємний спогад.

Згадуйте приємні моменти, не заціклюйтеся на проблемах. Після завершення пальмінгу відкрийте очі під долонями і кілька

разів швидко покліпайте. Орієнтовна тривалість пальмінгу 5 – 10 хвилин.

Рекомендується виконувати пальмінг щогодини при роботі за комп'ютером або два – три рази на день.

Соляризація – це сонячні ванни для закритих очей. Починати треба з 1–2 хвилин, пізніше тривалість можна продовжити. Треба привчати очі і до сильнішого сонячного світла, даючи змогу променям сонця падати спочатку на закриті, а потім на кілька секунд і на відкриті очі. Щоб виключити можливість появи напруженості, варто робити легкі повороти головою в різні сторони. Після кожної вправи треба покліпати очима.

4.5. Рельєфно-крапковий шрифт Брайля

Писемність сліпих людей довго була проблематичним питанням, адже тифлопедагогіка як наука не була настільки розвинутою, щоб дати дослідникам інформацію про особливості дотикового сприймання та його компенсаторні можливості в організації навчання сліпих.

У винайденні способів для письма і читання сліпих дослідники випробовували різні варіанти. Саме життя відкидало незручні, складні способи, поступово залишаючи найдоцільніші.

Найбільш універсальний шрифт для сліпих створив Л.Брайль. Луї Брайль жив і працював тоді, коли систематична освіта сліпих лише започатковувалася. За життя Л.Брайля створений ним, шрифт не був визнаним. Лише через 30 років після смерті винайдена ним система отримала визнання в усіх країнах світу і використовується досі.

Рельєфно-крапкове письмо має велике значення для психологічної реабілітації інвалідів по зору. Адже відомо, що мислення і мова, зокрема письмова, нерозривно пов'язані. Це означає, що оволодіння сліпих письмом за системою Брайля сприяє інтенсивному розвитку письмової мови, що водночас забезпечує розвиток мисленнєвої діяльності, сприяє формуванню вміння оперувати поняттями, поліпшує операції аналізу та синтезу, порівняння, узагальнення, встановлення причиново-наслідкових зв'язків тощо. З іншого боку, мислення, яке розвивається під впливом оволодіння писемністю, сприяє

осмисленому, свідомому прочитуванню різних творів, розвитку пізнавальних, естетичних та моральних якостей людини. Багато з того, що зряча людина сприймає зором, сліпа людина пізнає шляхом усвідомленого читання літератури, надрукованої шрифтом Брайля.

Рельєфно-крапкова писемність відіграє важливу роль у процесі педагогічної реабілітації сліпих. Особливо яскраво це проявляється в періоди дошкільного та шкільного навчання і виховання дітей із порушеним зором. Систематичне і планомірне навчання сліпих неможливе без оволодіння писемністю. Так, завдяки розробленій системі математичних, хімічних, фізичних, нотних та ін. позначень сліпим дітям вдається оволодіти знаннями в різних галузях науки за загальноосвітньою програмою у повному її обсязі.

Шрифт Брайля має переваги над усіма іншими шрифтами. Невеликі розміри знаків та вдале співвідношення ширини і висоти (3/5) дають можливість повністю вміщувати знак під пальцем і забезпечують цілісне та одномоментне сприймання.

Мала кількість крапок у знаку, достатні розміри для їхнього дотикового сприймання створюють сприятливі умови для розрізнення букв. Підкреслимо, що брайлівський знак має такі параметри, які дають змогу його добре сприймати пучками пальців: висота знаків – 7,5 мм; ширина – 4,5 мм; відстань між крапками 1 – 2 мм.

Сприймання крапкового складу кожного знака сприяє виникненню у шкірних рецепторах досить сильних подразнень і в кінцевому результаті – формуванню дотикового сприймання букви загалом.

Брайлівський прилад для письма змонтований з урахуванням такої своєрідності шрифту, як необхідність писати справа наліво для того, щоб потім можна було, перегорнувши папір, читати зліва направо. Прообразом брайлівської дошки був прилад для крапкового письма Барб'є. Прилад складається із двох з'єднаних шарніром металевих дощок. На верхній дошці – прямокутні віконця, які за розміром відповідають величині букви, а на нижній дошці – відповідні заглиблення (по 6 у кожному). Верхня частина дошки має 18 рядків і отворів по 24 в кожному рядку. Між дошками закладається цупкий папір.

Як уже зазначалося, основою системи Луї Брайля є шести крапка. Усі крапки розташовані у два стовпчики по три крапки в кожному і пронумеровані в кожному стовпчику зверху вниз, починаючи з верхньої крапки лівого стовпчика при читанні і з першої верхньої крапки правого стовпчика при письмі. Техніка письма за Брайлем передбачає наколювання крапок справа наліво, а для читання лист паперу перегортається так, щоб можна було навпомацки знайти випуклі букви, які вже сприймаються дзеркально.

Нумерація крапок
для читання

1 441

2 552

3 663

Нумерація крапок
для письма

Замість олівця використовують спеціальні грифелі, які мають вигляд колодочки з металевим штифтом на кінці.

При створенні своєї системи Л.Брайль використовував звичайний порядок букв у латинському алфавіті. Спочатку був створений перший рядок, у якому розташовано десять букв латинського алфавіту (ми їх можемо позначити українськими знаками: *а, б, ц, д, е, ф, г, х, и, ж*).

Для букв цього рядка використані дві верхні пари крапок, які розташовані на 1,2,4 і 5 місцях.

14

25

36

Так утворюються позначення букв:

А – перша крапка;

Б – перша і друга крапки;

Ц – перша і четверта;

Д – перша, четверта і п'ята;

Е (*укр.*) – перша і п'ята;

Ф – перша, друга й четверта;

Г – перша, друга, четверта і п'ята;

Х – перша, друга і п'ята;

И – друга й четверта;

Ж – друга, четверта і п'ята крапки.

У другому рядку алфавіту теж десять букв. Букви цього рядка утворюються з букв першого із додаванням до кожної з них крапки на третьому місці. Так, додавши до букви *А* третю крапку, одержують букву *К*, а додавши третю крапку до букви *Б*, одержують букву *Л*.

Отже, другий рядок алфавіту складається з таких букв: *к, л, м, н, о, п, ч, р, с, т*:

К – перша і третя крапки;

Л – перша, друга і третя;

М – перша, третя, четверта;

Н – перша, третя, четверта і п'ята;

О – перша, третя, п'ята;

П – перша, друга, третя, четверта;

Ч – перша, друга, третя, четверта і п'ята;

Р – перша, друга, третя і п'ята;

С – друга, третя, четверта;

Т – друга, третя, четверта, п'ята.

Третій рядок українського крапкового алфавіту складається так:

У (із букви *А*) – перша, третя і шоста крапки;

Щ (із *Ц*) – перша, третя, четверта і шоста;

І (із *Д*) – перша, третя, четверта, п'ята і шоста;

З (із *Е*) – перша, третя, п'ята і шоста;

Й (із *Ф*) – перша, друга, третя, четверта і шоста;

Ь (із *Ж*) – друга, третя, четверта, п'ята і шоста.

Четвертий рядок українського алфавіту утворюється з букв першого рядка – *д, е, ф, х, ж*, з додаванням тільки шостої крапки, і включає такі букви:

Ї (із букви *Д*) – перша, четверта, п'ята, шоста;

Ш (із *Е*) – перша, п'ята, шоста;

Я (із *Ф*) – перша, друга, четверта і шоста;

Ю (із *Х*) – перша, друга, п'ята і шоста;

В (із *Ж*) – друга, четверта, п'ята і шоста.

Математичні та розділові знаки у шрифті Л. Брайля

Порядок утворення букв використовується і для позначення цифр (у першому рядку 10 букв, які відповідають 10 цифрам), а щоб відрізнити букву від цифри, перед цифрою ставлять «цифровий знак», який позначається 3, 4, 5 і 6 крапками.

A – 1 Φ – 6

B – 2 Γ – 7

C – 3 X – 8

D – 4 I – 9

E – 5 J – 0

Математичні знаки розташовуються у нижній частині клітинки (такого розташування не має жодна з букв за Брайлем):

«+»: друга, третя та п'ята крапки; «-»: третя та шоста;

«x»: друга, третя та шоста; «:»: друга, п'ята та шоста.

Розділові та інші знаки утворюються з крапок на 2, 3, 4, 5 і 6 місцях.

Крапка – крапки на 2, 5, 6 місцях.

Кома – 2 крапка.

Апостроф – 3 крапка.

Знак скорочення слова – 6 крапка.

Знак наголосу – 4 крапка.

Крапка з комою – 2, 3.

Двокрапка – 2, 5.

Знак запитання – 2, 6.

Знак оклику – 2, 3, 5.

Дужка – 2, 3, 5, 6.

Лапки (праві – 2, 3, 6; ліві – 3, 5, 6).

Знак виноски (зірка) – 3, 5.

Знак переносу – 3, 6.

Параграфа – 3, 4, 6

Отже, дотикове читання – це складний процес. Воно не може здійснюватися тільки в результаті діяльності периферичних кінців аналізаторів. Величезну роль при цьому відіграє друга сигнальна система; у процес дотикового читання включаються рухові механізми голосового апарату (при відтворенні букви й об'єднанні останніх у склади, слова і речення у думках). Нарешті, вирішальну роль відіграють центральні сприймаючі кінці аналізаторів у корі мозку, за допомогою яких відбуваються

складні аналітико-синтетичні функції (порівняння, зіставлення, оцінка, порівняння різноманітних поєднань крапок у межах букви й об'єднання букв при дотиковому читанні у слова і речення); кори головного мозку, яка постійно регулює процеси розрізнення й упізнавання рельєфних поєднань крапок, що зображають букви, слова і речення.

Швидкість читання сліпими рельєфного шрифту залежить не стільки від елементарних дотикових відчуттів, скільки від аналітико-синтетичної спроможності до тонко диференційованого сприймання рельєфних крапок та їхніх груп і водночас до сприймання смислового змісту тексту.

Література

1. Батишева Р. Розвиток особистості незрячого учня / Р. Батишева // Педагогічна газета. – 2001. – № 5. – С.12.
2. Вавіна Л. Врахування порушення зору у дітей під час навчання в школі / Л. Вавіна // Початкова школа. – 2008. – № 8. – С. 58 – 60.
3. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогтики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения : учебное пособие [для студ. высш. учеб. заведений]. – М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2000. – 256 с.
4. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посібник / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – Видання доповнене та перероблене.– К. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.
5. Коваль Л. Повноцінне життя для незрячих вихованців / Л. Коваль // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2002. – № 2. – С. 128 – 160.
6. Маркова Л. Гігієна зору під час читання і письма / Л. Маркова // Початкова школа. – 2008. – № 8. – С. 23.
7. Методика навчання сліпих дітей письма і читання шрифту Брайля / укл. Л. І. Мелешко, Н. С. Дзюба. – К., 1997. – 425 с.
8. Покутнева С. Підготовка слабозорих і сліпих дітей до навчання / С. Покутнева // Дошкільне виховання. – 1995. – №3 – 4. – С. 12 – 13.
9. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.
10. Синьов В. М. Основи дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.
11. Свириднюк Т. П. Система ранньої інтеграції дитини з вадами зору / Т. П. Свириднюк // Педагогіка і психологія. – 1994. – № 3. – С. 66 – 72.
12. Сушкова Г. Вади зору – не перешкода для повноцінного розвитку дітей / Г. Сушкова // Дошкільне виховання. – 2006. – № 12. – С. 11 – 13.

РОЗДІЛ 5. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ

- 5.1. Основні закономірності розвитку мовлення. Логопедія, її предмет і завдання.
- 5.2. Вікові особливості мовленнєвого розвитку дитини.
- 5.3. Основні форми порушення мовлення.
 - 5.3.1. Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ)
 - 5.3.2. Дисфонія
 - 5.3.3. Порушення темпу мовлення (брадилалія, тахилалія)
 - 5.3.4. Заїкання
 - 5.3.5. Дислалія
 - 5.3.6. Ринологія
 - 5.3.7. Дизартрія
 - 5.3.8. Афазія
 - 5.3.9. Алалія
 - 5.3.10. Порушення письма і читання (дислексія, дисграфія)
- 5.4. Організація спеціальної логопедичної допомоги дітям із розладами мовлення.

5.1. Основні закономірності розвитку мовлення.

Логопедія, її предмет і завдання

Найважливішою психічною функцією людини є мовлення – основний засіб спілкування людей. За допомогою мовлення людина передає іншим свої думки, почуття, бажання, досвід, спонукає їх до тих чи тих учинків і дій. Мовне збагачення відіграє основну роль у засвоєнні дитиною культури, отже, і в її пізнавальному й особистому розвитку. На основі мовлення та її смислової одиниці – слова – формуються і розвиваються такі психічні процеси, як сприймання, уява, пам'ять. Розвиток мислення значною мірою зумовлений розвитком мовлення – і навпаки.

До окремої групи належать діти зі значними порушеннями мовлення при збереженому слуху та інтелекті. Це особлива категорія дітей – діти з порушеннями мовлення.

Розлади мовлення характеризується тим, що:

- утворившись, самотійно не зникають, а закріплюються;
- не відповідають віковій мовця;

- потребують логопедичної допомоги (залежно від їхнього характеру);
- виникнення неправильного мовлення може позначатися на подальшому розвитку дитини, затримуючи і спотворюючи його.

Отже, порушення мовлення як один із об'єктів дефектології слід відрізнити від тих чи тих його тимчасових розладів, пов'язаних із особливостями вікового розвитку дітей, з окремими помилками вимови, спричиненими звичкою, що сформувалася під впливом мовленнєвого середовища.

Різноманітні мовленнєві дефекти, що є первинними у дітей із порушеннями мовлення, спричиняють вторинні відхилення в їхньому загальному і мовленнєвому розвитку.

Формування мовленнєвої функції є складним процесом, у якому, крім слухового аналізатора, що забезпечує сприймання і аналіз звукових (у тому числі й мовленнєвих) сигналів, бере участь також мовноруховий аналізатор, який складається з периферійної частини (периферичний мовленнєвий апарат, що включає три відділи – дихальний, голосовий і артикуляційний), провідних шляхів і клітин у центральній частині кори головного мозку.

Формування мовлення охоплює низку послідовних етапів:

- I-й – підготовчий – до одного року;
- II-й – передшкільний – від одного до трьох років;
- III-й – дошкільний – від трьох років до семи;
- IV-й – шкільний – від семи до вісімнадцяти років.

Мовленнєві порушення можуть мати як центральний, так і периферійний характер:

- **центральний**, якщо хвороботвірний вплив охопив певний відділ центральної нервової системи і спричинив порушення мовлення;
- **периферійний** – коли виявляються аномалії в будові периферійного мовленнєвого апарату.

До **чинників**, що призводять до **мовленнєвих розладів**, належать:

1. Внутрішньоутробна патологія, що призводить до аномалій розвитку плода. Найбільш грубі дефекти мовлення

виникають при порушенні розвитку плода в період від 4 тижнів до 4 місяців. Виникненню мовленнєвої патології сприяють токсикоз при вагітності, вірусні й ендокринні захворювання, травми, несумісність крові за резус-фактором та ін.

2. Родову травму й асфіксію (недостатність кисневого постачання мозку внаслідок порушень дихання) під час пологів, які призводять до внутрішньочерепних крововиливів.

3. Різні захворювання в перші роки життя дитини. Особливо згубними для розвитку мовлення є часті інфекційно-вірусні захворювання, менінгоенцефаліти й ранні шлунково-кишкові розлади.

4. Травми черепа, що супроводжуються струсом мозку.

5. Спадкові фактори. У цих випадках розлади мовлення можуть становити лише частину загального порушення нервової системи й поєднуватися з інтелектуальною й руховою недостатністю.

6. Несприятливі соціально-побутові умови, що призводять до порушення емоційно-вольової сфери й дефектів у розвитку мовлення.

При аналізі причин виникнення порушень варто враховувати співвідношення мовних дефектів та збережених аналізаторів і функцій, які можуть бути джерелом компенсації при корекційному навчанні.

Раннє виявлення дітей із відхиленнями в розвитку передовсім проводиться в сім'ях із «підвищеним ризиком». Такими вважаються сім'ї:

- 1) де вже є дитина з тим або тим дефектом;
- 2) з порушеннями інтелектуального розвитку, захворювання шизофренією, порушенням слуху в одного з батьків (чи в обох).

У психології розрізняють дві форми мовлення: зовнішню й внутрішню.

Зовнішня форма мовлення включає такі види: *усне* (діалогічне й монологічне) і *письмове*.

Усне мовлення (діалогічне) – психологічно найбільш проста і природна форма мовлення, що виникає при безпосередньому спілкуванні двох або декількох співрозмовників і полягає в основному в обміні репліками. *Монологічне мовлення* –

послідовний зв'язний виклад одною особою системи знань. Для монологічного мовлення характерні послідовність і доказовість, що забезпечують зв'язність думки; граматично правильне оформлення; виразність голосових засобів.

Письмове мовлення – це графічно оформлене мовлення, організоване на основі буквених зображень. Повноцінне засвоєння письма й письмового мовлення тісно пов'язане з рівнем розвитку усного мовлення.

Внутрішня форма мовлення (мовлення «про себе») – це беззвучне мовлення, що виникає, коли людина думає про щонебудь, подумки складає плани.

Переклад зовнішнього мовлення у внутрішнє спостерігається в дитини у віці приблизно трьох років, коли вона починає міркувати в голосі планувати в мовленні свої дії. Поступово таке проказування редукується й починає концентруватися у внутрішньому мовленні.

За допомогою внутрішнього мовлення здійснюється процес перетворення думки в мовлення й підготовка мовленнєвого висловлення. Підготовка охоплює кілька стадій. Вихідним є мотив або задум, що відомий мовцеві лише загалом. Потім у процесі перетворення думки у висловлення настає етап внутрішнього мовлення. Далі з більшої кількості потенційних значеннєвих зв'язків виділяються найбільш необхідні й відбувається вибір відповідних синтаксичних структур.

Розвиток мовлення дитини передбачає декілька аспектів, пов'язаних із поступовим оволодінням мовленням:

1) розвиток фонематичного слуху й формування навичок вимови звуків рідної мови;

2) оволодіння словниковим запасом і правилами синтаксису. Активне оволодіння лексичними та граматичними закономірностями починається у дитини у 2 – 3 р. і закінчується до 7 р. У шкільному віці відбувається вдосконалення набутих навичок на основі письмового мовлення;

3) пов'язаний з оволодінням значеннєвим боком мовлення. Найбільше яскраво він виражений у період шкільного навчання.

Дефекти мовлення класифікують *на дві групи*:

I – фонетичне недорозвинення; фонетико-фонематичне недорозвинення; загальне недорозвинення мовлення;

II – заїкуватість, при якій основою дефекту є порушення комунікативної функції мовлення при збереженні мовних засобів спілкування.

Логопедія, її предмет і задачі. Порушення розвитку мовлення, його подолання, запобігання йому за допомогою спеціального корекційного навчання й виховання є предметом логопедії. Логопедія є одним із розділів спеціальної педагогіки – дефектології. Термін «логопедія» утворений від грецьких слів *logos* – «слово, мовлення», *paideia* – «виховую, навчаю», що в перекладі означає «виховання мовлення».

Предметом логопедії як наукової дисципліни є вивчення закономірностей навчання й виховання осіб із порушеннями мовлення й пов'язаними з ними відхиленнями у психічному розвитку. Логопедія поділяється на дошкільну, шкільну й логопедію дорослих.

Основні завдання логопедії:

- 1) вивчення закономірностей спеціального навчання й виховання дітей із порушенням мовного розвитку;
- 2) визначення поширеності і симптоматики розладів мовлення у дітей дошкільного та шкільного віку;
- 3) дослідження структури мовленнєвих дефектів і їхнього впливу на психічний розвиток дитини;
- 4) розробка методів педагогічної діагностики мовленнєвих аномалій та їхньої типології;
- 5) організація логопедичної допомоги.

5.2. Вікові особливості мовленнєвого розвитку дитини

Перший рік життя. І з 1 – 2 міс. життя дитина починає спілкування з дорослим. Малюк намагається спілкуватися за допомогою міміки та активних рухів. Посміхається при спілкуванні з дорослим. Виникає «комплекс пожвавлення». Із 3 – 4 міс. повертається на голос дорослого. Із 3 – 6 міс. появляється гуління, яке відрізняється від початкового різноманітністю звуків. Подовжуються ланцюжки звуків та з'являються поєднання губних звуків з голосними (*па, ба, ма*). Відбувається перехід до наступного етапу – лепету, який є дуже важливим у розвитку малюка. У період лепету (6 – 8 міс.) окремі артикуляції поєднуються у певній послідовності. Відбувається повторне

промовляння складів (*ба – ба – ба, ма – ма – ма*). Спочатку дитина повторює звуки, а пізніше починає наслідувати звуки дорослого. Водночас із лепетом малюк починає проявляти емоційні скрикування, проявляти радість або невдоволення. Промовляючи гучні звуки, дитина намагається привернути до себе увагу або виявляє спротив, коли їй щось не подобається. У цей час появляється здатність до наслідування. Малюк уже може наслідувати дії, наприклад: махати ручкою на прощання, плескати в долоні. У період 6 – 12 міс. лепет складається з 4 – 5 та більше складів. Дитина повторює склади, змінює інтонацію. У деяких дітей у цьому віці з'являються перші слова.

Другий рік життя. Починається період активного розвитку мовлення. Дитина з кожним днем стає все більш самостійною, активною та проявляє більший інтерес до навколишнього світу. Продовжує розвиватися здатність малюка до наслідування. На прохання дорослого малюк дає певні предмети, вказує на знайомі обличчя, іграшки, картинки. Впізнає своє зображення у дзеркалі, знає своє ім'я. Дитина вже не чекає, коли дорослий почне з нею розмову, а сама починає звертатися, коли хоче їсти або не може одягнутися. Фрази із двох – трьох слів є найбільш поширеними висловлюваннями малюка в цьому віці. На цьому етапі фраза є простою та граматично не оформленою.

Третій рік життя. Між 2 та 3 роками активно формується фразове мовлення. Висловлювання дитини стають граматично оформленими. Діти в цьому віці починають засвоювати граматичну будову мовлення (відмінкові закінчення, узгоджують прикметник з іменником, використовують деякі прийменники (*на, у*), оволодівають навичками використання в мовленні форм однини та множини іменників). До трьох років у дитини формуються всі основні граматичні категорії. Відбувається активне зростання словникового запасу. Дитина в цьому віці активно наслідує однолітків та грає в колективні ігри.

Четвертий рік життя. Відбувається істотне поліпшення в мовленнєвому розвитку. Дитина знає назви багатьох предметів, що її оточують, узагальнює їх, тобто розрізняє групи предметів та називає їх: посуд, одяг, іграшки, тварини і тощо. Діти 4-го року життя користуються в мовленні простими і складними реченнями. Найбільш поширеною формою висловлювання є

просте поширене речення, скажімо: «*Ми з мамою ходили в магазин за хлібом*», «*Я люблю грати великою машиною*». Дитина говорить велику кількість слів, але вимова звуків є ще недостатньо чіткою. Малюк може добре вимовляти слова, які складаються з двох складів, але при вимові слів із трьох – чотирьох складів допускає помилки: може пропустити цілий склад, переставити склади місцями, пропустити деякі приголосні звуки всередині слова.

П'ятий рік життя. Словниковий запас дитини досягає 1500 – 2000 слів. У своїх висловлюваннях вона використовує майже всі частини мови, продовжує засвоювати узагальнювальні слова. Відбувається інтенсивний розвиток граматичної будови мовлення, але дитина ще може допускати граматичні помилки: не завжди правильно використовує відмінкові закінчення, іноді неправильно узгоджує між собою слова. Дитина у цьому віці починає висловлювати особисту думку з приводу якихось подій, розмірковує про навколишні предмети. За допомогою дорослих малюк переказує казки, повторює невеликі вірші. У більшості дітей у цьому віці поліпшується звуковимова: правильно вимовляють свистячі звуки (*с, з, ц*), починають вимовляти шиплячі звуки (*ш, ж, ч*), але ще можуть замінювати їх один одним (наприклад, *шапка* – «*сапка*», *жовтий* – «*зовтий*»). Звук *р* у цьому віці діти ще можуть замінювати *най, л* або *ль* (наприклад, *рак* – «*йак*», *риба* – «*либа*», *пиріг* – «*пиліг*»).

Шостий рік життя. До кінця шостого року життя активний словник дитини складає від 2500 до 3000 слів. Висловлювання стають більш повними та точними. У п'ятирічному віці діти самостійно складають розповідь, переказують казку, що свідчить про оволодіння одним із найважчих видів мовлення – монологічним. У висловлюваннях дитини появляються складні речення (*Тато дивився телевизор, а ми з мамою читали цікаву книгу*), а також слова, що позначають якість предметів, матеріал, із якого вони зроблені (паперовий літак, дерев'яний стіл). Дитина використовує синоніми та антоніми, правильно узгоджує іменники з іншими частинами мови. У мовленні п'ятирічних дітей появляються присвійні прикметники (*собача лапа, заячі вуха*), складні прийменники (*із-за, з-під*). У цьому віці дитина вже оволодіває труднощами

структури слів: не пропускає складів, не переставляє їх місцями. Значно поліпшується звуковимова. Більшість дітей уже правильно вимовляють шиплячі звуки (*ш, ж, ч*) та звуки *р, р'*. Але у деяких ще можуть відмічатися заміни тих чи тих складних звуків або спотворення їхньої правильної вимови.

Таблиця 5.1.

Засвоєння дітьми звуків мови

ВІК ДИТИНИ	ЗВУКИ МОВИ
Від 1 до 2 років	А, О, Е, М, П, Б
Від 2 до 3 років	У, І, И, Т, Д, В, Ф, Г, К, Х, Н, Й
Від 3 до 4 років	С, З, Ц
Від 4 до 5 років	Ш, Ж, Ч, Щ
Від 5 до 6 років	Л, Р

5.3. Основні форми порушення мовлення

5.3.1. Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ)

Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) – складна мовленнєва аномалія, при якій у дитини з нормальним слухом та інтелектом порушуються усі компоненти мови: лексика, фонетика, граматики.

Перший рівень ЗНМ. Мовленнєві компоненти спілкування вкрай обмежені. Мовлення або повністю відсутнє, або активний словник дітей складається з невеликої кількості звуконаслідувань та звукових комплексів. Широко використовуються жести та міміка. Відсутнє розуміння значень граматичних категорій. При сприйманні зверненої мови домінуючим виявляється лексичне значення. Основною відмінністю мовленнєвого розвитку цього рівня є обмеження сприймання та відтворення складової структури слова.

Другий рівень мовленнєвого недорозвитку. Перехід до нього характеризується підвищеною мовленнєвою активністю дитини. Спілкування здійснюється шляхом використання постійного, але все ще спотвореного та обмеженого запасу загальноновживаних слів.

Диференційовано позначаються назви предметів, дій, окремих ознак. На цьому рівні можливе користування займенниками, простими прийменниками в елементарних значеннях. Діти можуть відповісти на запитання за картиною, пов'язані із сім'єю, знайомими, подіями навколишнього життя. Діти користуються лише простими реченнями із 2 – 3, іноді 4 слів. Словниковий запас значно відстає від вікової норми: виявляється незнання багатьох слів, що позначають частини тіла, тварин та їхніх дитинчат, одяг, меблі, професії.

Відмічаються грубі помилки у використанні граматичних конструкцій:

- сплутування відмінкових форм («їде машину» замість «на машині»);
- часте використання іменників у називному відмінку, а дієслова – в інфінітиві або у формі III особи однини та множини теперішнього часу;
- у використанні числа та роду дієслів, при змінюванні іменників за числом («пат стіця» – п'ять стільців);
- відсутність узгодження прикметників з іменниками, числівників з іменниками.

Фонетичний аспект мовлення характеризується наявністю численних спотворень звуків, замін та змішувань.

Третій рівень ЗНМ характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з елементами лексико-граматичного та фонетико-фонематичного недорозвитку.

На цьому етапі діти вже користуються всіма частинами мови, правильно вживають прості граматичні форми, намагаються будувати складнопідрядні та складносурядні речення.

Поліпшується стан звуковимови, відтворення слів різної складової структури. У дітей уже немає труднощів у називанні предметів, дій, ознак, якостей, добре відомих їм із життєвого досвіду. Вони можуть вільно розповідати про свою сім'ю, про себе, складають невеличкі розповіді.

Однак глибше вивчення всіх аспектів мовлення дає змогу з'ясувати, що всі компоненти мови (лексика, граматики, фонетика) залишаються недорозвиненими. У вільних

висловлюваннях переважають прості поширені речення, майже не використовуються складні конструкції. Відмічаються аграматизми: помилки в узгодженні числівників з іменниками, прикметників з іменниками в роді, числі та відмінку. Недостатній розвиток фонематичного слуху та сприймання призводить до того, що у дітей самостійно не формується готовність до звукового аналізу та синтезу слів, а це згодом перешкоджає їм успішно оволодіти грамотою без допомоги логопеда.

Причини ЗНМ

- Під час внутрішньоутробного розвитку:
 - інтоксикації;
 - токсикоз;
 - порушення кровообігу плоду.
- Під час пологів:
 - мозкові крововиливи, гематоми;
 - асфіксія;
 - пологові травми;
- У ранньому віці дитини:
 - травми голови.

Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (ФФНМ) – це порушення процесів формування вимовної системи рідної мови у дітей з різними мовними розладами унаслідок дефектів сприймання і вимови звуків.

Можна виділити основні прояви, що характеризують цей стан.

- Недиференційована вимова пар або груп звуків. У цих випадках один і той же звук може служити для дитини заміном двох або навіть трьох інших. Наприклад, м'який звук *т'* вимовляється замість звуків *с*, *ч*, *ш* («*т'юмка*», «*т'яска*», «*т'япка*» замість «*сумка*», «*чашка*», «*шапка*»).

- Заміна одних звуків іншими – такими, що мають більш просту артикуляцію і викликають менше труднощів у вимові для дитини. Зазвичай звуки, складні для вимови, замінюються більш легкими, які характерні для раннього періоду мовного розвитку. Наприклад, звук *л* вживається замість звука *р*, звук *ф* – замість *ш*. У деяких дітей ціла група свистячих і шиплячих звуків може бути замінена звуками «т» і «д» («*табака*» замість «*собака*» тощо).

- Змішання звуків. Це явище характеризується нестійким вживанням цілого ряду звуків у різних словах.

5.3.2. Дисфонія

Дисфонія (афонія) (від гр. «dis» – префікс, який означає розлад, і «phone» – голос; «а» – частка, яка означає заперечення) – відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату (синоніми – порушення голосу, порушення фонації, фонаторні порушення, вокальні порушення). Виявляється або у відсутності фонації (афонія), або у порушенні сили, висоти і тембру голосу (дистонія). Може бути зумовлена органічними або функціональними розладами голосоутворювального механізму центрального або периферійного характеру, виникає на будь-якому етапі розвитку дитини. Порушення може бути самостійним (ізолюваним) або у складі інших розладів мови.

5.3.3. Порушення темпу мовлення (брадилалія, тахилалія)

Одним із виразних засобів усного мовлення є його темп. Нормальному темпу мовлення властиво то уповільнення, то прискорення. Зазначені коливання у швидкості висловлень будуть залежати від швидкості проголошення фонем, слів, фраз і від частоти та тривалості пауз між словами й реченнями.

Необхідною умовою для нормального темпу мови є правильне співвідношення основних процесів, що відбуваються в корі головного мозку – збудження й гальмування.

Більшість дітей не відразу опановують нормальний темп мовлення. Багато дошкільників говорять занадто швидко. Це пояснюється тим, що в них ще слабкі гальмівні процеси й контроль за власною мовою. Часто недосконалість темпу мовлення виникає в результаті наслідування мовлення осіб, які оточують дитину. Дитина говорить то дуже швидко, то занадто повільно навіть у межах однієї фрази. Але в більшості випадків такі явища з віком зникають.

У дітей може виникати патологічне порушення темпу мовлення: або зайве його вповільнення – брадилалія; або надмірне його прискорення – тахилалія.

Брадилалія (від гр. «bradis» – «повільний», лат. «lalia» – «мова») – патологічний повільний темп мовлення (синонім – брадифразія). При брадилалії мова надмірно уповільнена, з розтягуванням голосних звуків, із млявою, нечіткою артикуляцією, яка зумовлена порушенням мовних центрів у корі головного мозку. Більшості дітей із такою патологією властива загальна млявість, загальмованість, повільність. Часто відзначається уповільнений темп не тільки зовнішнього, а й внутрішнього мовлення. У дітей із брадилалією звичайно бувають і порушення загальної моторики, уваги, пам'яті, мислення. Засвоєю природою може бути органічною або функціональною.

Тахилалія (від гр. «tachis» – «швидкий», лат. «lalia» – «мова») – патологічно прискорений темп мови (синонім – тахифразія). Характеризується прискореною артикуляцією. За своєю природою є центрально обумовленою, органічною або функціональною. Упродовж пришвидшеного темпу мовлення воно здається поспішним, стрімким, напористим. Надмірна швидкість висловлення спричиняє повторення складів або, навпаки, їхній пропуск, перекручування звуків, а іноді слів. Але всього цього мовець, зазвичай, не помічає. Бурхливий потік звуків і слів вимовляється без перепочинку, до повного видиху. Іноді непомірковано швидкий темп мовлення супроводжується швидкими, часом безладними рухами рук, ніг або всього тіла.

5.3.4. Заїкання

Заїкання – порушення темпоритмічного аспекту мовлення (синонім – логоневроз). Є центрально обумовленим, зазвичай виникає у процесі мовного розвитку дитини в період переходу до фразового мовлення і пов'язане з різкою емоційно негативною реакцією дитини на зовнішній подразник. Найсприятливішим ґрунтом для виникнення заїкання є недостатня стійкість нервової системи дитини, інколи пов'язана з органічними ураженнями мозку. Причиною порушення плавності мови (зупинок у її плинності) при заїканні є судороги м'язів певних органів мовлення в момент вимови (губ, язика, м'якого неба, гортані, грудних м'язів, діафрагми, черевних м'язів). Заїкання, яке супроводжується іншими інтелектуальними або мовними

дефектами, переважно не призводить до порушення смислового боку мовлення, однак нерідко пов'язане з побоюванням висловлювання, а також із деякими відхиленнями в характері дитини – підвищеною збудливістю або, навпаки, апатичністю, млявістю.

Розрізняють два види заїкуватості:

1) *функціональний*, коли немає органічних уражень у мовних механізмах центральної й периферійної нервової системи. Функціональна заїкуватість виникає, як правило, в дітей у віці від 2 до 5 років у період формування розгорнутого узагальненого (контекстного) фразового мовлення, характерна для легкозбудливих, нервових дітей;

2) *органічний* – може виникнути в будь-якому віці. Спричинений органічними ураженнями центральної нервової системи (при черепно-мозкових травмах, нейроінфекціях тощо).

Причини функціональної заїкуватості:

- Перевантаження нервової системи дитини у поєднанні з непосильним для неї мовленнєвим навантаженням (повторення незрозумілих і важких слів; спонування до досить довгих і складних переказів, вивчення складних за змістом і великих за обсягом віршів; запам'ятовування казок, розповідей, які не відповідають віку дитини, незрозумілі їй).

- Неправильна звуковимова (якщо заїкуватість з'являється із 2-х років).

- Надзвичайно швидке мовлення: дитина квапить, наслідуючи когось зі знайомих або прагнучи швидше висловити свою думку, спотикається на деяких звуках – і починає заїкатися.

- Загальне недорозвинення мовлення, коли у дітей не вистачає елементарного запасу слів і граматичних засобів для вираження думок.

- Неправильні умови виховання дитини, фізичні покарання, сильний переляк.

Ще одним із характерних симптомів заїкуватості є страх перед мовленням, боязнь вимовляти певні звуки або слова, які, на думку заїкуватих, особливо важкі для вимови(т. зв. логофобія).

Заїкання піддається логопедичній корекції, яка у деяких випадках доповнюється медичними заходами. Цей дефект

мовлення найкраще усувається в початковий період його виникнення.

Важлива роль у процесі подолання заїкання належить школі. На жаль, не всі вчителі розуміють суть та наслідки заїкання і ставлять іноді до таких школярів завищені вимоги правильної вимови. У дитини, яка заїкається, здатність говорити залежить від багатьох факторів, а відмова відповідати на уроці зумовлена фізичними порушеннями мовлення. У таких випадках учневі легше одержати двійку, ніж зізнатися у своєму безсиллі. Учителя також може ввести в оману вільне спілкування школяра на перерві, оскільки виникає підозра у зловживанні дефектом мовлення. Деякі педагоги опитують учня, котрий заїкається, тільки після уроків або письмово, тим самим ставлячи його у нерівні умови і даючи привід для роздумів про свою неповноцінність. Таким невмілим підходом учителі, самі того не бажаючи, травмують психіку дитини. Якщо до класу прийшов учень, котрий заїкається, вчителю необхідно завоювати його довіру, щоб той відчув у ньому справжнього товариша (розпитати про сім'ю, ігри, іграшки, як провів літо, чим цікавиться та ін.). Говорити з таким учнем треба чітко, не поспішаючи, без пауз між словами. Коли така дитина перестане соромитися, обережно переговорити з нею наодинці про те, що заїкання – це тимчасове явище і його не слід боятися, у разі труднощів звертатися до вчителя. Дитина, котра має проблеми із заїканням, перед початком розмови має подумати, спокійно вдихнути, а потім не поспішаючи говорити.

Водночас учитель має познайомитися з родиною такого учня, його побутом та з'ясувати причини виникнення заїкання. Потрібно підказати батькам, щоб удома був чіткий режим дня. Батькам необхідно говорити зі своєю дитиною спокійно, чітко вимовляючи слова, не вимагати повторення сказаного, підказувати 1 – 2 слова та не потурати дитячим забаганкам. Витримка, спокійне й уважне ставлення до дитини, яка заїкається, чіткий режим роботи та відпочинку – запорука успіху.

Необхідно порадити батькам звернутися до спеціаліста (педіатра, логопеда). Педіатр зверне увагу на фізичне здоров'я дитини, зміцнення нервової системи (медикаментозне лікування,

фізіотерапія). Логопед проведе курс логопедичних занять, на яких виробить навички чіткого мовлення.

Педагог зобов'язаний пам'ятати, що доля учня, який заїкається, багато в чому залежить від нього. Здебільшого учитель може зробити для корекції мовлення дитини більше, ніж відповідний спеціаліст.

5.3.5. Дислалія

Дислалія (від гр. «dis» – префікс, який означає розлад, лат. «lalia» – «мова») – порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій іннервації мовного апарату (синоніми – недорікуватість, недомовність; дефекти звуковимови, фонетичні дефекти, недоліки вимови фонем). Виявляється у неправильному звуковому (фонемному) оформленні мови: спотвореній вимові звуків, заміні звуків або їх змішуванні. Дефект може бути зумовлений тим, що у дитини неповністю або неправильно сформувалася артикуляторна база (набір артикуляційних позицій, необхідних для вимови звуків). Залежно від локалізації порушення та причин, що зумовлюють дефект звуковимови, виділяють дві основні її форми: механічну та функціональну.

Механічна дислалія. Механічною (органічною) дислалією називають такий вид неправильної звуковимови, що зумовлений:

1) органічними дефектами периферійного мовного апарату, його кісткової та м'язової будови. Часто причиною механічної дислалії є укорочена під'язична вуздечка (під'язична зв'язка). При цьому ускладнюються рухи язика, коротка вуздечка не дає можливості високо підняти язик. Також правильну артикуляцію може ускладнювати дуже великий та широкий або дуже маленький та вузький язик;

2) дефектами будови щелеп, що призводять до аномалії прикусу. Нормальним вважається прикус, коли при зімкненні щелеп верхні зуби трохи прикривають нижні.

Аномалії прикусу мають декілька варіантів:

- **прогнатія** – верхня щелепа сильно видається вперед, у результаті чого нижні передні зуби зовсім не змикаються з верхніми;

- **прогенія** – нижня щелепа виступає вперед, передні зуби нижньої щелепи виступають попереду передніх зубів верхньої щелепи;

- **відкритий прикус** – між зубами верхньої та нижньої щелеп при їхньому зімкненні залишається проміжок. У деяких випадках цей проміжок лише між передніми зубами (передній відкритий прикус);

- **боковий відкритий прикус** – може бути лівобічним, правобічним та двобічним;

- **неправильна будова зубів**, зубного ряду також може призвести до дислалії. Наприклад, при великих розщілинах між зубами язик під час вимови деяких звуків просувається між зубами, спотворюючи вимову. Регуляція зубів та щелеп проводиться лікарями стоматологом та ортодонтом за допомогою накладання на зуби спеціальних пластинок;

3) неправильною будовою піднебіння, що також негативно впливає на звуковимову. Вузьке, надто високе («готичне») піднебіння або, навпаки, низьке, плоске перешкоджає правильній артикуляції багатьох звуків;

4) товсті губи або вкорочена, малорухлива верхня губа ускладнюють чітку вимову губних та губно-зубних звуків.

Функціональна дислалія. Функціональною дислалією називають такий вид неправильної звуковимови, при якому немає дефектів артикуляційного апарату, тобто відсутня органічна основа.

Причини функціональної дислалії:

1) неправильне мовленнєве виховання дитини в родині, коли дорослі довго «сюсюкають» із малюком, у результаті чого затримується розвиток правильної звуковимови;

2) наслідування малюком спотвореної звуковимови членів сім'ї;

3) двомовність у сім'ї, коли батьки розмовляють різними мовами, а дитина переносить особливості вимови однієї мови на іншу;

4) педагогічна занедбаність, коли мовлення дитини не зазнає необхідного впливу дорослих, що гальмує нормальний мовленнєвий розвиток;

5) недорозвиток фонематичного слуху, коли у дитини спостерігаються ускладнення в диференціації звуків, що розрізняються між собою тонкими акустичними ознаками;

б) недостатня рухливість органів артикуляційного апарату.

Види дислалії. Відповідно до характеру дефектів вимови, що стосуються окремої групи звуків, виділяють такі види дислалії:

- **сигматизм** (від назви грецької букви «сигма», що позначає звук «с») – порушення вимови свистячих (с, с', з, з', ц, ц') та шиплячих (ш, ж, ч, щ) звуків. Один із найбільш розповсюджених видів порушень вимови.

- **ротацізм** (від назви грецької букви «ро», що позначає звук «р») – порушення вимови звуків «р» та «р'».

- **ламбдацізм** (від назви грецької букви «ламбда», що позначає звук «л») – порушення вимови звуків «л», «л'».

- **дефекти вимови піднебінних звуків:**

- **каппацизм** (від назв грецької букви «каппа», що позначає звук «к») – порушення вимови звуків «к» та «к'»;

- **гаммацізм** (від назв грецької букви «гамма», що позначає звук «г») – порушення вимови звуків «г» та «г'»;

- **хітизм** (від назв грецької букви «хі», що позначає звук «х») – порушення вимови звуків «х» та «х'»;

- **йотацізм** (від назв грецької букви «йота», що позначає звук «й») – порушення вимови звука «й»;

- **дефекти вимови дзвінких приголосних звуків** – порушення вимови, які виражаються у заміні дзвінких приголосних звуків парними глухими звуками: б – п, д – т, в – ф, з – с, ж – ш, г – х, ґ – к.

5.3.6. Ринологія

Ринологія (від гр. «rhinos» – «ніс», лат. «lalia» – «мова») – порушення тембру голосу та звуковимови, які зумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовного апарату (синоніми – гугнявість, палатологія). Проявляється в патологічній зміні тембру голосу та спотвореній вимові внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини (носового резонатора) у голосотворенні. При ринології артикуляція звуків відрізняється від норми. Так, при нормальній фонації у дитини під час вимови

всіх (крім носових) звуків мовлення відбувається відокремлення носоглоткової та носової порожнин від глоткової та ротової. Під час мовлення м'яке піднебіння безперервно опускається та піднімається на різну висоту залежно від звуків, що вимовляються, та швидкості мовлення. При порушенні функцій піднебінно-глоткового зімкнення з'являється специфічний для ринолалії носовий відтінок мовлення. З огляду на характер порушення функції піднебінно-глоткового зімкнення виділяють різні форми ринолалії: відкриту, закриту та змішану.

Відкрита ринолалія. Для нормальної фонації характерна наявність затвору між ротовою та носовою порожнинами, коли голосова вібрація відбувається тільки через ротову порожнину. Якщо ж між ротовою та носовою порожниною розподіл неповний, тоді вібруючий звук потрапляє також і в носову порожнину. У результаті порушення перепони між ротовою та носовою порожниною збільшується голосовий резонанс. При цьому змінюється тембр звуків, особливо голосних. Найбільш помітно змінюється тембр голосних звуків «і» та «у», при артикуляції яких ротова порожнина більш вузька. Менш назально звучать голосні звуки «е» та «о», ще менше порушений голосний «а». Крім тембру голосних звуків, при відкритій ринолалії порушується тембр деяких приголосних. При вимові шиплячих та фрикативних звуків «ф», «в», «х» додається хриплавий звук, що виникає у носовій порожнині. Вибухові звуки «п», «б», «д», «т», «к», «г», а також сонорні «л» та «р» звучать нечітко, тому що у ротовій порожнині не може утворитися повітряний тиск, необхідний для їхньої належної вимови. Відкрита ринолалія може бути органічною та функціональною. Органічна ринолалія буває вродженою (розщелина м'якого та твердого піднебіння) та набутою (утворюється при травмі ротової і носової порожнини або в результаті набутого паралічу м'якого піднебіння). Одна з функціональних форм – звична відкрита ринолалія, яка спостерігається після великих аденоїдних розрощувань, виникає в результаті тривалого обмеження рухливості м'якого піднебіння.

Закрита ринолалія. Закрита ринолалія характеризується зниженим фізіологічним носовим резонатором під час вимови звуків мовлення. Найбільш сильний резонансу нормі спостерігається при вимові носових «м», «м'», «н», «н'». У

процесі артикуляції цих звуків повітря проходить до носової порожнини. Якщо ж носовий резонанс відсутній, ці фонемі звучать як ротові «б», «б'», «д», «д'». Крім вимови носових приголосних звуків, при закритій ринолалії порушується вимова голосних, що набуває неприродного відтінку.

Причинами закритої ринолалії зазвичай є органічні порушення в носовому просторі або функціональні розлади піднебінно-глоткового зімкнення. Органічні порушення спричинені хворобливими явищами, в результаті яких зменшується прохідність носа та ускладнюється носове дихання. Передня закрыта ринолалія виникає при хронічній гіпертрофії слизової носа, головно задніх відділів нижніх раковин, при поліпах у носовій порожнині, при викривленні носової перегородки та при пухлинах носової порожнини. Задня закрыта ринолалія у дітей переважно є наслідком великих аденоїдних розрощувань, іноді носоглоткових поліпів, фіброми або інших носоглоткових пухлин.

Функціональна закрыта ринолалія поширена у дітей, але не завжди правильно розпізнається. Вона характеризується тим, що виникає при нормальній прохідності носової порожнини та непорушеному носовому диханні. При функціональній закритій ринолалії тембр носових та голосних звуків може бути порушений більше, ніж при органічній. Причина в тому, що м'яке піднебіння при фонації та вимові носових звуків піднімається вище від норми та закриває звуковим хвилям доступ до носоглотки.

Змішана ринолалія – поєднання носової непрохідності з недостатністю піднебінно-глоткового зімкнення.

Причини ринолалії:

- мозкові крововиливи, черепно-мозкові травми;
- укорочене м'яке піднебіння;
- відсутність маленького язичка, укорочений або роздвоєний м'який язичок;
- поліпи, аденоїди, пухлини, викривлення носової перегородки;
- порушення процесів дихання, опущене м'яке піднебіння, наслідування мовлення осіб, які оточують дитину, хвороби євстахієвої труби.

Логопедична робота з дитиною-ринолаліком залежить від форми ринолалії. Але є спільні завдання, які повинен розв'язувати логопед, працюючи з дитиною з таким порушенням мовлення:

- нормалізація ротового видиху, тобто відпрацювання подовженого повітряного струменю при вимові усіх звуків мови, крім носових;
- відпрацювання правильної артикуляції всіх звуків мови;
- усунення назального відтінку голосу;
- виховання навичок диференціації звуків із метою запобігання дефектам звукового аналізу;
- автоматизація набутих навичок у вільному мовленнєвому спілкуванні.

5.3.7. Дизартрія

Дизартрія (від гр. «dis» – префікс, який означає «розлад», «arthon» – поєднувати) – порушення артикуляційного боку мовлення, зумовлене органічною недостатністю іннервації мовного апарату (синоніми – недорікуватість, невиразна мова). Дизартрія – це порушення вимовного аспекту мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, важкий розлад усієї мовленнєвої діяльності. При дизартрії порушується не тільки звуковимова майже всіх груп звуків, а й просодичний бік мовлення: голос, інтонація, темп, ритм. Дизартрія – це неврологічний діагноз. Невролог призначає медикаментозне лікування, а логопед займається корекцією мовленнєвих порушень. Лікування дизартрії передбачає комплексний вплив, де будуть використані і медикаменти, і лікувальна фізкультура, і масаж, і логопедична робота.

Дизартрія спостерігається як у тяжкій, так і в легкій формі. Тяжка форма найчастіше є компонентом дитячого церебрального паралічу.

Дітям зі стертою формою дизартрії властиві деякі особливості. Ці діти нечітко розмовляють та погано їдять. Зазвичай вони не люблять м'яса, хлібних шкуринок, моркви, твердих яблук, тому що їм важко жувати. Трохи пожувавши, дитина або тримає їжу за щокою, або починає «давиртисся» нею. Деякі батьки, перетираючи дитині їжу, самі сприяють затримці у дитини розвитку рухів артикуляційного апарату. Такі діти не можуть самостійно полоскати рот, тому що у них слабо розвинуті

м'язи щік, язика. Вони або ковтають воду, або виливають її. У дітей із дизартрією порушена дрібна моторика рук. Вони не можуть застібнути гудзики, стикаються з труднощами, коли виконують дію, яка потребує тонких рухів пальців рук, їм важко шнурувати черевики. Такі діти неправильно тримають олівець та часто не вміють користуватися ножицями.

У дітей із дизартрією порушена і загальна моторика, вони зазнають труднощів при виконанні фізичних вправ. Таким дітям важко втримати рівновагу, часто вони не вміють стрибати на одній нозі.

Причини дизартрії – органічне ураження центральної нервової системи в результаті впливу негативних факторів на мозок дитини:

а) під час внутрішньоутробного розвитку:

- гострі та хронічні інфекції;
- інтоксикації;
- токсикози;
- резус-конфлікти;

б) під час пологів:

- асфіксія;
- пологові травми;
- крововиливи при стрімких або затяжних пологах;

в) у ранньому віці дитини:

- інфекційні хвороби нервової системи (менінгіти, менінгоенцефаліти).

Логопедична корекція при дизартрії тривала та потребує тісної співпраці батьків, логопеда та невролога. Ця робота багатопланова і передбачає систематичні заняття та чітке виконання домашніх завдань. Батьки мають дуже серйозно поставитися до логопедичних занять: чітко визначити, для чого виконуються ті чи ті завдання, розуміти їхню мету та уявляти очікувані результати.

Корекційна логопедична робота при дизартрії включає:

- розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання;
- логопедичний масаж;
- артикуляційну гімнастику;
- корекцію просодичного боку мовлення (темп, ритм, голос, інтонація);
- корекцію звуковимови;
- розвиток фонематичного сприймання.

5.3.8. Афазія

Афазія (від гр. «а» – префікс, що означає заперечення, «phasis» – «мова») – цілковита або часткова втрата раніше сформованого мовлення (синоніми – розпад, втрата мови). Зазвичай, до афазії належить мовне порушення, якщо воно відбулося після трирічного віку.

Причини афазії полягають у різноманітних органічних порушеннях мовних систем головного мозку в період уже сформованої мови. При цій патології спостерігаються ушкодження в лобових, тім'яних, потиличних і скроневих частках кори лівої півкулі.

Афазія є результатом:

- важких травм головного мозку;
- запальних процесів і пухлин мозку;
- судинних захворювань і порушення мозкового кровообігу.

Афазія зазвичай виникає в дорослому віці. Але іноді вона спостерігається й у дітей. Дитяча афазія буває двох видів: моторна й сенсорна.

Моторна афазія виникає при пошкодженні мовнорухового центру (центр Брока). Характерним є те, що хворий або зовсім втрачає здатність говорити, або в нього зберігаються дуже незначні мовні можливості. Моторний афазик чує мову, розуміє її, але сам не володіє здатністю відтворювати мовлення.

Сенсорна афазія. При сенсорній афазії передовсім порушується сприйняття мови (центр Верніке). Тому спотворюється і її розуміння. Афазик чує мову, але не розуміє, про що говорять. При сенсорній афазії руйнуються навички письма й читання: дитина не впізнає написаних слів, навіть тих, які раніше добре знала; розрізняючи окремі букви, вона не може зрозуміти змісту складених із них слів.

Діти з різними формами афазії мають навчатися і виховуватися у спеціальних освітніх закладах системи Міністерства освіти України, де створено оптимальні умови логопедичної та загальної корекційно-виховної роботи, які сприяють виправленню цих тяжких мовних порушень.

5.3.9. Алалія

Алалія (від гр. «а» – префікс, що означає заперечення, лат. «lalia» – «мова») – відсутність або недорозвиненість мовлення (синоніми – дислалія, рання дитяча афазія, афазія розвитку, глухонімота). Це один із найскладніших дефектів мовлення, при якому ушкоджені операції відбору та програмування на всіх етапах сприймання та відтворення мовленнєвого висловлювання. При цьому система мовних засобів (фонематичних, граматичних, лексичних) не формується. Порущується керування мовленнєвими рухами, що відбивається на відтворенні звуків і складів. Алалія – тяжке порушення мовлення, відсутність або недорозвиток мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Алалія – системний недорозвиток мовлення, при якому порушені всі його аспекти (фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, синтаксичний). При алалії мовлення зовсім не розвивається або розвивається зі значними відхиленнями. Залежно від того, які мовленнєві центри були пошкоджені, розрізняють сенсорну і моторну алалії.

Сенсорна алалія зумовлена пошкодженням центрального відділу мовно-слухового аналізатора. Сенсорну алалію характеризує важке недорозвинення сприйняття мовлення, і як наслідок – недорозвинення власного мовлення дитини. Тобто при збереженому слухові дитина не оволодіває розумінням мовлення. При сенсорній алалії дитина погано розуміє або ж не розуміє зовсім зверненої мови. Тобто дитина чує мовлення, але не може зрозуміти, що саме їй говорять. Таких осіб часто направляють на аудіограму (перевірку слуху), але вона підтверджує, що слух у дитини в нормі. Аби привернути увагу сенсорного алаліка, необхідно опинитися в його полі зору, доторкнутися до нього, тобто використання лише звукового впливу на нього є недостатнім. Для таких дітей важливу роль відіграє конкретна ситуація. Так, у звичній домашній обстановці сенсорний алалік може бути спокійним, спостережливим, багато лепече. А у незнайомому місці він або стає сильно збудженим (стукає, кричить), або ж, навпаки, – загальмованим. У певних випадках сенсорний алалік розуміє деякі прості побутові слова, але достатньо вжити їх у розгорнутому реченні – і він уже не

сприймає його. Часто у сенсорних алаліків відмічається ехолалія (автоматичне повторення слів, що вимовляються ким-небудь серед його оточення), але такі автоматичні повторення не усвідомлюються і не закріплюються. Спроби викликати повторну вимову таких слів виявляються безрезультатними. Зазвичай замість відповіді на питання дитина повторює саме питання.

Моторна алалія зумовлена ураженням центрального відділу мовнорухового аналізатора. Дитина з моторною алалією відносно розуміє звернене мовлення, але її власне мовлення не розвивається. У дитини, яка розуміє тих, хто її оточує, та правильно сприймає їх, формується та розвивається самостійне мовлення. Тоді як дитина з моторною алалією не здатна відтворити і почуте, і артикуляційні устрої. Моторний алалік не може відтворити певної послідовності звуків у слові. У нього не формується образ звука та відповідно звуковий образ слова. Він не може знайти правильної послідовності звуків у слові та слів у реченні. Діти з моторною алалією можуть вимовляти одне й те саме слово по-різному. У таких дітей відмічаються великі труднощі в накопиченні словникового запасу, в оволодінні граматичним аспектом мовлення, правильною звуковимовою та структурою складів у слові.

Причини алалії:

1) під час внутрішньоутробного розвитку:

- інтоксикації;
- хронічні захворювання матері;
- порушення кровообігу плоду.

2) під час пологів:

- мозкові крововиливи, гематоми;
- асфіксія;
- пологові травми.

3) у ранньому віці дитини:

- травми голови;
- інфекційні захворювання ЦНС (менінгіт, менінгоенцефаліт).

Логопедична робота будується диференційовано при моторній та сенсорній алалії. Але в обох випадках слід розпочинати її якомога раніше, тому що без допомоги кваліфікованого спеціаліста мовлення дитини формуватися не буде. Корекційна робота при алалії тривала та потребує

систематичних занять і чіткого виконання домашніх завдань, тобто тісної співпраці батьків та логопеда. Батьки дитини-алаліка повинні дуже серйозно поставитися до логопедичних занять. Оскільки алалія є системним недорозвитком мовлення, то логопедична робота повинна охоплювати всі аспекти мовлення і передбачати розвиток:

- слухової уваги;
- розуміння мовлення;
- звукового аспекту мовлення;
- структури складів;
- просодики (темп, ритм, інтонація);
- граматичної будови;
- збагачення словникового запасу;
- фразового мовлення;
- зв'язного мовлення.

5.3.10. Порушення письма й читання (дислексія, дисграфія)

Водночас із патологією усного мовлення існує й порушення писемного (письма й читання). Оскільки письмо і читання взаємозалежні, розлади письма, зазвичай, супроводжуються порушеннями читання. Щоб контролювати своє письмо, дитина має читати написане, і, навпаки, при читанні вона користується написаним нею або іншим текстом.

Зараз з'ясовано, що порушення письма й читання в дітей зазвичай виникають у результаті загального недорозвинення всіх компонентів мовлення: фонетико-фонематичного й лексико-граматичного. Це пояснюється тим, що діти недостатньо розрізняють наслух фонем, близькі за артикуляційними або акустичними ознаками. Крім того, володіючи вкрай обмеженим словниковим запасом, дитина не розуміє значень деяких навіть найпростіших слів і тому спотворює їх, пропускає, заміняє, змішує. Недостатня сформованість граматичних навичок мовлення призведе до пропусків, замін або перекручувань речень, до помилок у керуванні та узгодженні тощо.

Дислексія (від гр. «dis» – префікс, який означає розлад, і «lego» – читаю) – порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвиненням певних ділянок кори головного мозку.

Виявляється у труднощах при розпізнаванні букв, при поєднанні їх у склади і складів у слова, що стає причиною уповільненого, часто відгадувального характеру читання, неправильного відтворення звукової форми слова, хибного розуміння навіть найпростішого тексту. Тяжким ступенем цього порушення є *алексія* – повна нездатність до оволодіння читанням.

Логопедична робота при дислексії будується диференційовано, залежно від виду дислексії.

Дисграфія (від гр. «dis» – префікс, який означає розлад, і «grapho» – «пишу») – часткові специфічні розлади процесу письма. Проявляються в нестійких оптико-просторових образах букв, у перекрученнях звуко-складового наповнення слова і структури речення. Основою дисграфії у дітей є недорозвиненість усного мовлення (крім оптичної форми), зокрема неповноцінність фонематичного слуху, і недоліки вимови, які перешкоджають оволодінню фонетичним (звуковим) складом слова. Найскладніший ступінь цього порушення – *аграфія* – це повна нездатність до оволодіння навичками письма.

До **специфічних помилок дисграфіка** належать:

- помилки фонетичного характеру (заміни букв, що повторюються, за схожістю їх вимови);
- спотворення складової структури слова: пропуски голосних (*вулиця – вуця*), приголосних (*сніг – сіг*) і цілих складів (*барабан – баран*), перестановки складів (*пустила – путисла*);
- роздільне написання частин одного слова (*при йшов, пі йшов*) і написання разом двох слів (*настолі, вруці*);
- помилки граматичного характеру: вилучення прийменників (*були лісі, книга столі...*), помилки в узгодженні відмінкових закінчень (*нема білих подушках*), родових (*великий дівчинка*);
- помилки графічного характеру – заміни букв за графічною схожістю (*ш – и, т – п, л – м, е – в, и – і, х – ж, н – ю*) і за розташуванням у просторі (*є – з, б – д, т – ш*);
- помилки на правила правопису (переважно помилки на ненаголошені голосні, на написання дзвінких і глухих у кінці слова і складу, на пом'якшення приголосних).

Логопедична робота передбачає розвиток:

- фонематичного сприйняття;

- навиків звукового аналізу і синтезу;
- звуковимови та збагачення словникового запасу і розвиток практичного уміння користуватися ним;
- граматичного аспекту мовлення;
- зв'язного мовлення.

5.4. Організація спеціальної логопедичної допомоги дітям із розладами мовлення

Кілька порад учителям

- Виконуйте всі рекомендації логопеда, інших фахівців, батьків щодо спеціальних вправ та адаптації матеріалу для конкретного учня.
- Дізнайтеся про можливості використання спеціальних комп'ютерних програм (наприклад, перетворення друкованого тексту в аудіо відтворення), інших технічних засобів, залежно від особливостей навчання конкретного учня.

ЗВУКИ С, З, Ц

Правильна артикуляція звуків с, з, ц

Артикуляція звука С:

- губи розтягнуті в посмішку;
- зуби розкриті на декілька міліметрів, трохи оголені;
- широкий кінчик язика за нижніми зубами;
- спинка язика піднімається до твердого піднебіння, чим утворює щілину;
- струмінь повітря проходить посередині спинки язика, по утвореному жолобку;
- м'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину;
- голосові зв'язки не вібрують.



Артикуляція звука З:



- губи, зуби розкриті на декілька міліметрів, трохи оголені;
- широкий кінчик язика за нижніми зубами;
- спинка язика розтягнута в посмішку;
- язик піднімається до твердого піднебіння, чим утворює щілину;
- струмінь повітря проходить посередині спинки язика, по утвореному жолобку;
- м'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину;
- голосові зв'язки вібрують.

Артикуляція звука Ц:



- губи розтягнуті в посмішку або набувають положення наступного голосного;
- зуби розкриті на декілька міліметрів, трохи оголені;
- кінчик язика за нижніми зубами;
- передня частина спинки язика утворює зімкнення з альвеолами, яке поступово переходить у щілину;
- м'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину;
- голосові зв'язки не вібрують.

Порушення вимови свистячих звуків

Сигматизм – порушення вимови звуків *с, с', з, з', ц, ц'*:

- міжзубний сигматизм, коли кінчик язика просувається між верхніми та нижніми різцями;

- губно-зубний сигматизм, коли нижня губа піднімається до верхніх різців і утворюється звук, подібний до *ф, в*;
- призубний сигматизм, коли кінчик язика упирається у верхні та нижні різці заважає струменю повітря пройти вільно крізь зубну щілину;
- боковий сигматизм, коли кінчик язика упирається в альвеоли, а струмінь повітря проходить між кутніми зубами та боковими краями язика;
- носовий сигматизм, коли корінь язика піднімається до м'якого піднебіння, яке опускається та утворює прохід для повітряного струменя, видихуваного через ніс.

Парасигматизм – заміна звуків *с, с', з, з', ц, ц'* іншими звуками:

- заміна свистячих звуків звуками *ш, ж* (*сумка* – «шумка», *зима* – «жима»);
- заміна свистячих звуків звуками *т, д* (*собака* – «тобака», *зуби* – «дуби»).

Виправлення порушень вимови свистячих звуків

с, с', з, з', ц, ц'

Підготовчий етап є обов'язковим на шляху виправлення звуковимови та включає такі важливі компоненти, як розвиток слухового сприймання, слухової уваги і пам'яті, фонематичного сприймання, дихання та артикуляційної моторики. Аби навчити дітей правильно вимовляти звуки, необхідно передовсім навчити їх уважно слухати та чути мовлення осіб, які їх оточують, тобто розвивати слухове сприймання. Розвиток слухового сприймання – важлива передумова формування звуковимови. Починати слід із розвитку слухової уваги. Доцільно використовувати найдоступніші для дитячого сприймання навколишні звуки: сигнали машин, голоси тварин, музичні звуки та ін. На прогулянках, під час ігор, на екскурсіях діти слухають, про що «говорять» вулиця, кімната, ліс, парк, музичні іграшки.

Важливе місце в підготовчій роботі з розвитку правильного мовлення належить так званій артикуляційній гімнастиці. Її мета – відпрацювання правильних, чітких рухів

органів мовлення, необхідних для правильної вимови певних звуків.

Вправи для підготовки артикуляційного апарату до постановки свистячих звуків

- **«Лопатка».** Широкий язик висунути, розслабити, покласти на нижню губу. Слідкувати, щоб язик не тремтів. Утримувати 10 – 15 с.

- **«Неслухняний язичок».** Широкий язик покласти на нижню губу та промовляти «ня – ня – ня», неначе поплескувати свій «неслухняний язичок» верхньою губою.

- **«Чисті зуби».** Посміхнутися, трохи відкрити рот. Кінчик язика за нижніми зубами виконує рухи праворуч – ліворуч, наче чистить зубки. Повторити 10 – 15 разів.

- **«Гірка».** Рот відкрити. Бокові краї язика притиснути до верхніх кутніх зубів. Кінчиком язика доторкнутися до нижніх передніх зубів. Утримувати в такому положенні 15 с.

- **«Трубочка».** Висунути широкий язик. Бокові краї язика завернути угору. Подмухати в отриману трубочку. Виконувати в повільному темпі 10 разів.

Постановка свистячих звуків

Починати роботу над корекцією свистячих звуків треба з постановки звука *с*.

- При міжзубному сигматизмі, коли кінчик язика просувається між верхніми та нижніми різцями, треба запропонувати дитині зблизити зуби, губи розтягнути в посмішку та в такому положенні спробувати вимовити подовжений звук *с*. Логопед при постановці звука *с* користується спеціальним зондом, яким натискає на кінчик язика, опускаючи його таким чином за нижні різці. Утримуючи язик у такому положенні, дитина повинна подовжено повторити звук *с*.

- У разі губно-зубного сигматизму, коли нижня губа піднімається до верхніх різців і утворюється звук, подібний до *ф*, *в*, треба запропонувати дитині розкрити губи, дещо розкрити зуби, утворивши щілину між різцями та подовжено вимовити звук *с*. Можна допомогти дитині, притримуючи своєю рукою її нижню губу, оголивши у такий спосіб її різці.

- Призубний сигматизм, коли кінчик язика упирається у верхні та нижні різці і заважає струменю повітря пройти вільно крізь зубну щілину: слід запропонувати дитині тримати передній край язика між нижніми та верхніми різцями, широко розпластавши його. У такому положенні язика, видихаючи повітря, дитина відчує його струмінь на кінчику язика та відтворить звук, схожий на шепеляве (міжзубне) *с*. Після цього широкий передній край язика за допомогою шпателя або спеціального логопедичного зонда треба відсунути за нижні різці.

- При боковому сигматизмі, коли кінчик язика упирається в альвеоли, а струмінь повітря проходить між кутніми зубами та боковими краями язика, треба спочатку навчити дитину дути з просунутим між губами широко розпластаним переднім краєм язика. Після цього треба вчити дитину дути, перемістивши передній край язика у міжзубне положення. І тільки тоді, коли дитина навчиться спрямовувати повітряний струмінь посередині язика, за допомогою шпателя або спеціального логопедичного зонда, треба відсунути широкий передній край язика за нижні різці.

- При носовому сигматизмі, коли корінь язика піднімається до м'якого піднебіння, яке опускається та утворює прохід для повітряного струменя, що видихається через ніс, треба добре попрацювати над формуванням правильного видиху повітряного струменя через середину ротової порожнини (див. Вправи на розвиток дихання). Треба навчити та закріпити вміння дитини відчувати повітряний струмінь на кінчику свого язика, просунутого між зубами. Коли язик достатньо закріпиться в такому положенні, можна поступово переводити його кінчик за нижні різці, після чого тимчасова шепелява вимова заміниться на правильну артикуляцію звука *с*.

ЗВУКИ Р, Р'

Правильна артикуляція звука р



Артикуляція звука:

- губи набувають положення наступного голосного звука;
- зуби злегка розкриті;
- широкий кінчик язика піднятий до верхніх альвеол та вібрає в інтенсивному струмені повітря;
- бічні краї язика стикаються з верхніми кутніми зубами;
- м'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину;
- голосові зв'язки вібрають.

Порушення вимови звуків р, р'

Ротацізм – порушення вимови звуків *р* та *р'*, їхня відсутність або спотворена вимова:

- горлова вимова – звук *р* набуває відтінку горлового дрижачого звука. При такій вимові корінь язика наближається до нижнього краю м'якого піднебіння та утворює з ним щілину. При видиху струмінь повітря проходить скрізь цю щілину та викликає дрібну вібрацію м'якого піднебіння, в результаті чого виникає шум, який, приєднавшись до тону голосу, викликає специфічне дефектне звучання;

- бокова вимова – замість вібрації в переднього краю язика вибухає змичка між його боковим краєм та кутніми зубами;

- щічна вимова – різке спотворення звука *р* зумовлене тим, що струмінь видихуваного повітря проходить скрізь щілину, яка утворюється між боковим краєм язика та верхніми кутніми зубами, спричиняючи коливання щоки;

- одноударна вимова – передній край язика лише один раз доторкується до альвеол, вібрація відсутня. Спроби вимовити подовжений звук *р* не вдаються.

Параротацізм – різновидни дефекту, які виражаються в заміні звуків *р, р'* іншими:

- звуками *л, л'* (*риба* – «*либа*», «*ліба*»);
- звуком *й* (*помідор* – «*помідой*»);
- звуком *в* (*рука* – «*вука*»);
- звуком *и* (*рак* – «*иак*»);
- звуком *г* (*парта* – «*пагта*»).

Виправлення вимови звуків р, р'

Вправи для підготовки артикуляційного апарату до постановки звуків *р, р'*:

•«**Неслухняний язичок**». Широкий язик покласти на нижню губу та промовляти «*ня – ня – ня*», неначе поплескувати свій «неслухняний язичок» верхньою губою.

•«**Чашечка**». Рот широко відкрити. Широкий язик підняти угору. Потягнутися до верхніх зубів, але не торкатися їх. Утримувати в такому положенні 10 – 15 с.

•«**Смачне варення**». Висунути широкий язик, облизати верхню губу та заховати язик углиб рота. Повторити 15 разів.

•«**Гойдалка**». Висунути вузький язик. Тягнутися язиком за чергою спочатку до носа, потім до підборіддя. Рот при цьому не закривати. Вправа проводиться під лічбу 10 разів.

•«**Маляр**». Висунути язик, рот трохи відкрити. Облизувати спочатку верхню, а потім нижню губу по колу. Виконати 10 разів, змінюючи напрям.

•«**Барабанички**». Відкрити рот, підняти широкий язик угору та постукати кінчиком язика по верхніх альвеолах, чітко вимовляючи звук *д*. Поступово збільшувати темп, вимовляючи «*д – д – д*».

•«**Літак**». На кінчик носа покласти шматочок паперу або вати. Відкрити рот, широкий язик покласти на верхню губу, бокові краї язика притиснуті. Повітряний струмінь виходить посередині язика. Дитина повинна сильно подути, так, щоб «літак» полетів угору.

Постановка звука Р

Логопедичну роботу з виправлення вимови звука *р* проводять у декілька етапів:

1. Досягнення правильного положення язика (широкий язик піднятий угору у формі «ковша»). Досягнувши правильного положення язика, отримати так званий фрикативний *р*, який артикулюється при тому ж положенні язика, що й нормальний, але поки що без вібрації. Для цього дитині пропонується підняти широкий язик до верхніх альвеол і видихнути, включаючи голос, через щілину, що утворилася між кінчиком язика та верхніми альвеолами. Якщо дитина правильно виконала цю вправу, вона відчує деяке лоскотання кінчика язика та почує звук, що нагадує звукосполучення [дж] або [дз].

2. Відпрацювання вібрації язика. Якщо дитина правильно вимовляє верхні *ш* та *ж*, отримати фрикативний *р* неважко. Достатньо запропонувати їй вимовити протяжно фонему *ж* при дещо відкритому роті без округлення губ та перемістити передній край язика трохи вперед, до ясен верхніх різців. Добившись цієї мети, слід закріплити фрикативний *р* на матеріалі складів, слів, а потім фраз, не чекаючи засвоєння вібрації. Важливо при цьому, щоб отриманий звук вимовлявся з достатнім напором видихуваного повітря, при мінімальній щілині між переднім краєм язика та яснами.

3. Інше відпрацювання вібрації язика: швидке повторення на одному видиху звука *д*, який артикулюється особливим способом – при дещо відкритому роті та при змиканні переднього краю язика не з різцями, а дещо глибше – з яснами верхніх різців або навіть з альвеолами. Спочатку вправа може складатися з двох-трьох трикратного рівномірного повторення звука *д* (*дд, дд, дд... ддд, ддд, ддд...*), потім із тих же повторень, але з підсиленням останнього звука (*дД, дД, дД, ддД, ддД, ддД...*) – і так надалі з багаторазовим повторенням звука *д* – як рівномірного (*ддддддддд...*), так і з ритмічним малюнком (*ддД, ддД, ддД*). Працювати повинен тільки язик при нерухомому положенні нижньої щелепи.

4. Ще один прийом відпрацювання вібрації, коли під час вимови фрикативного *р* під язик підкладають зонд із кулькою на

кінці. Кулька стикається з нижньою поверхнею язика, після чого швидкими рухами зонда праворуч та ліворуч викликається механічне коливання язика, почергове змикання та розмикання його переднього краю з альвеолами. Замість зонда можна використати завчасно вимитий палець самої дитини.

5. Після того, як вібрації буде досягнуто, необхідно шляхом різноманітних вправ на матеріалі складів, слів та фраз автоматизувати засвоєну артикуляцію.

ЛОГОПЕДИЧНІ ІГРИ ТА ВПРАВИ

Ігри та вправи на розвиток слухової уваги, сприймання, пам'яті

- **«Що ти почув?»**. Дитина тихо сидить на ігровому майданчику чи в кімнаті. Запропонуйте заплющити очі й «послухати» вулицю. Через деякий час дозвольте розплющити очі та розпитайте дитину про її враження. Можливо, вона почула гудок машини або сміх дітей, можливо – голос пташки чи ваше дихання тощо.

- **«Де плескали в долоні?»**. Дитина стоїть посеред кімнати із заплющеними очима. Ви тихенько стоїте в будь-якому кутку кімнати та плескаєте в долоні. Дитина, не відкриваючи очей, повинна вказати напрям, звідки вона почула плескання.

- **«Доручення»**. Дитина сидить на відстані 5 – 6 м від дорослого. У вас на столі різні іграшки. Ви чітко, середньої сили голосом звертаєтеся до неї: «Візьми м'ячика і поклади його на килим» або: «Візьми зайчика і посади його на стілець» тощо. Потім даєте завдання вже тихим голосом.

- **«Ехо»**. Дитина тихо сидить на ігровому майданчику чи в кімнаті. Ви пропонуєте їй слухати уважно та повторювати за Вами слово. Важливо навчити дитину вслухатися у звучання слів, тому намагайтеся говорити слова неголосно, пошепки. Необхідно дотримуватися принципу «від простого до складного»: насамперед добирати слова, несхожі за звуковим складом (*Аня, кіт, стрибай, веселий, швидко*), а потім – близькі за звучанням, але різні за змістом (*Оля, Коля, сам, там, син, лин*).

- **«Слухаємо музику»**. Дуже велике значення для розвитку слухового сприймання має слухання музики. Тому

рекомендується проводити так звані музичні хвилинки. Ви пропонуєте дитині сісти або лягти на килим, бажано із заплющеними очима, що допомагає розслабитися, і не реагувати на зорові подразники, а зосередити свою увагу на джерелі звука.

Ігри та вправи на розвиток фонематичного сприймання

• **«Упіймай звук!»**. Поясніть дитині, що Ви будете вимовляти різні звуки, а їй потрібно плеснути в долоні – «впіймати звук», коли вона почує певний звук. Необхідно дотримуватися принципу «від простого до складного»:

- звук [а] серед у, у, а, у;
- звук [а] серед о, а, і, о;
- звук [і] серед и, е, і, и;
- звук [с] серед л, н, с, п;
- звук [с] серед ш, ж, ч, сі т. д.

• **«Назви слово!»**. Запропонуйте дитині вибрати серед інших слів та назвати лише те, яке починається на певний звук:

- на звук [а] серед слів *Аня, Оля, Ігор, осінь, айстра*;
- на звук [і] серед слів *іграшки, овочі, автобус, Іра*;
- на звук [б] серед слів *мак, банка, танк, бочка*.

• **«Знайди спільний звук!»**. Запропонуйте дитині визначити, який однаковий звук є в декількох різних словах. При вимові слів чітко виділяйте цей звук силою голосу, наприклад: «о-о-о-осінь», «о-о-о-окунь», «о-о-о-овочі»:

- *Оля, осінь, овочі, окунь* – [о].
- *Сад, суп, сумка, ніс, лис* – [с].
- *Аня, агрус, акула, автобус* – [а].
- *Маша, мак, мама, сом* – [м].

Ігри та вправи на розвиток дихання

• **«Забий м'яча у ворота»**. Запропонуйте дитині подути на ватний чи поролоновий м'ячик так, щоб він покотився у ворота (їх можна зробити з дроту або намалювати). Повітряний струмінь має бути плавним, повільним, безперервним.

• **«Язичок-футболіст»**. Як і у попередній вправі, треба забити м'яча у ворота, але тепер за допомогою язика. Дитина має посміхнутися та покласти широкий язик на нижню губу і, неначе вимовляючи звук [ф], дути на кінчик язика.

- **«Кораблик».** Налийте у миску води. Зробіть паперовий або пінопластовий кораблик та покладіть його на воду. Запропонуйте дитині подути на кораблик спочатку довгим струменем повітря, наче вимовляючи звук «*ф*», а потім уривчасто, наче вимовляючи звук «*п-п-п-п*».

Ігри та вправи на подолання заїкання

- **«Пташка махає крильцями».** Підняти руки нагору і виконувати махи руками.
- **«Допоможемо мамі».** Помахати розслабленими кистями рук біля підлоги, імітуючи полоскання білизни.
- **Стати рівно,** розвести руки в боки до рівня плечей і опустити розслаблені руки у вихідне положення.
- **«Струсимо водичку з рук».** Струснути розслабленими кистями рук, начебто струшуючи краплі води.

Вправи для розвитку мовленнєвого дихання

Майже у всіх дітей, котрі заїкаються, порушене мовленнєве дихання. Під час корекційної роботи з усунення заїкання важливо навчити дитину говорити не поспішаючи, на видиху. Тому важливе місце в роботі займуть вправи для розвитку правильного мовленнєвого дихання.

- **«Кулька».** Цю вправу бажано робити спочатку лежачи (щоб дитина повністю розслабилася), а потім сидячи чи стоячи. Вдих – через злегка відкритий рот (живіт надувається, як кулька, плечі не піднімати). Видих – через вільно відкритий рот, неначе кулька повільно здувається. Рух живота контролюється рукою. Цю ж вправу повторити з подовженим видихом на звуки *А, О, У, І*. Видих під час вимови цих звуків має бути спокійним і безперервним.

- **«Задуй свічку».** Короткий спокійний вдих носом, потім пауза (затримати дихання на 1 – 2 с.) і довгий безперервний видих через ледве зімкнуті губи із промовлянням «*пф*», начебто гасячи свічку (дути можна на пальчики).

- **«Де дзижчить комарик?».** Дитина, сидячи на стільці, водночас із поворотом тулуба праворуч – ліворуч робить довгий видих на звук *з-з-з-з*.

- **«Гарячий чай».** Дитина з чашкою в руках робить вдих носом, а на видиху дує в чашечку, вимовляючи пошепки *ф-ф-ф-ф*, начебто охолоджує гарячий чай.

- **«Кораблик».** Налийте в миску води, покладіть на воду паперовий кораблик і запропонуйте дитині «допомогти» кораблику переплисти на іншу сторону миски. Дитина робить вдих носом, а на видиху вимовляє «*пф*» і дує при цьому на кораблик: чим дужчий повітряний струмінь, тим далі він попливе.

Нагадаємо, що у психічному розвитку дитини мовлення має надзвичайно велике значення, виконуючи три головні функції: комунікативну, узагальнювальну й регулюючу.

Відхилення в розвитку мовлення відбиваються на формуванні всього психічного життя дитини. Вони утруднюють спілкування з людьми, які її оточують, нерідко перешкоджають правильному формуванню пізнавальних процесів, негативно впливають на емоційно-вольову сферу. Мовленнєві дефекти часто призводять до численних вторинних відхилень, які, зі свого боку, спричиняють аномальний загальний розвиток дитини.

Література

1. Винокур А.С. Подолання мовного недорозвинення у дітей молодшого шкільного віку / А. С. Винокур. – К., 1991. – 144 с.
2. Вікові особливості мовленнєвого розвитку дитини. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.logopedia.com.ua/batkam/v-kov-osoblivost-movlenn-vogo-rozvitku-ditini>.
3. Дорошенкова О. Усунення мовних вад звуковимови молодших школярів. Прийоми виявлення мовних порушень / О. Дорошенкова // Початкова освіта. – 2000. – № 46 (додаток до газети). – С. 1 – 8.
4. Дорошенкова О. Як виявити мовні порушення у дитини (Вади мовлення. Консультація логопеда) / О. Дорошенкова // Початкова освіта. – 2000. – № 18. – Травень. – С. 8.
5. Колупаєва А. А. Подолання у першокласників вимовних вад фонетичного рівня / А. А. Колупаєва // Початкова школа. – 1995. – № 7. – С. 11 – 14.
6. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посібник / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – Видання доповнене та перероблене. – К. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.

7. Логопедія, її предмет і задачі. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.novapedagogika.com/nolom-667.html>.

8. Малярчук А. Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовних недоліків / А.Я. Малярчук. – К. : Райдуга, 2005. – 408 с.

9. Олійник Г. А. Виправлення недоліків вимови й мовлення в учнів : метод. посібник / Г.А. Олійник. – Тернопіль : Підручники і посібники, 2007. – 234 с.

10. Пантюк Т.І. та ін. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П. Пантюк. – 2-ге видання, доповнене і перероблене.– Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ ім. І. Франка, 2009. – 324 с.

11. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.

12. Синьов В.М. Основи дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.

13. Украинский логопедический сайт. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.logopedia.com.ua/zvukovimova/zvuki-s-z-tc>.

14. Шевченко М. В. Про корекційно-інноваційний комплекс організації навчальної діяльності учнів з вадами мовлення / М.В. Шевченко // Початкова школа. – 1996. – № 11. – С. 40.

РОЗДІЛ 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

6.1. Затримка психічного розвитку у дітей та її причини.

6.2. Форми затримки психічного розвитку та їх психолого-педагогічна характеристика.

6.3. Діагностика затримки психічного розвитку в дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними.

6.4. Поняття про порушення інтелектуального розвитку. Клініко-педагогічна характеристика дітей-олігофренів. Інші категорії дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

6.1. Затримка психічного розвитку у дітей та її причини

У процесі дослідження дітей із різними відхиленнями було виділено категорію дітей, особливості психічного розвитку яких не дають змоги їм повноцінно засвоювати навчальну програму масової школи без спеціально створених умов. До зазначеної категорії належать діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

ЗПР – порушення нормального темпу психологічного розвитку дитини, що виявляється в уповільненому темпі дозрівання емоційно-вольової сфери.

У сучасному світі значно зросла чисельність дітей із затримкою психічного розвитку: сьогодні до 13 % дітей мають певну схильність до змін у психіці, тому проблема навчання і виховання таких дітей набуває окремого наукового статусу. На рис. 6.1. видно, що діти з порушеннями інтелекту та ЗПР становлять майже 30 % від загальної кількості.

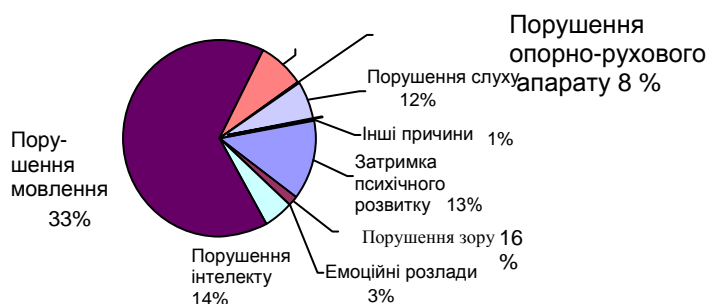


Рис. 6.1. Структура дитячої інвалідності за класами захворювань (% від загальної кількості) *

***За даними МОЗ**

Вікова структура дітей-інвалідів показує, що 4 % дітей із ЗПР становлять діти віком до 3-х років, 10 % – від 3-х до 6-ти років; 42 % – від 7 до 13 років, 44 % – від 14 до 15 років (рис. 6.2).

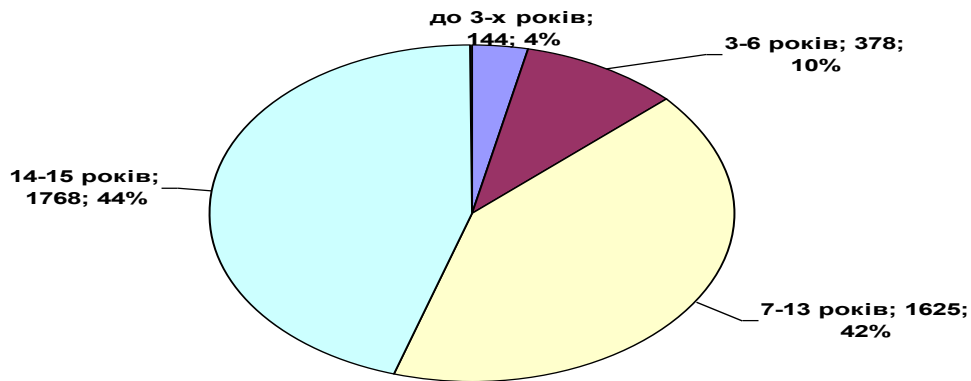


Рис. 6.2. Вікова структура дітей, які отримали інвалідність (за даними МОЗ)

Діти із затримкою психічного розвитку становлять найчисельнішу групу серед тих, які потребують спеціальної допомоги у процесі навчання. Вони значною мірою визначають контингент учнів, особливо початкової школи, які не встигають у навчанні. Деякі дослідники наводять статистичні дані про те, що більше половини неповнолітніх правопорушників мають знижений рівень інтелектуального розвитку. Причини такого взаємозв'язку досить очевидні: дитина, яка не знайшла свого місця у школі через труднощі в навчанні, стає здобиччю вулиці, шукає самоствердження в асоціальній поведінці. Отже, налагодження системи допомоги дітям із затримкою психічного розвитку набуває важливого суспільного значення.

Затримка психічного розвитку розглядається як явище тимчасове, що відбито і в її назві. Звичайно, цей стан пов'язують із дошкільним та молодшим шкільним віком дитини. Пізніше або настає компенсація, «вирівнювання» під впливом ужитих корекційних заходів, або відбувається стабілізація стану інтелектуальної недостатності, який за вираженістю найчастіше буває проміжним між низькою нормою і легкою розумовою відсталістю. Однак, на відміну від проблеми розумового розвитку, при затримці психічного розвитку недоліки у здатності міркувати, робити умовиводи, встановлювати причинно-

наслідкові зв'язки між явищами, тобто абстрактно мислити, хоч і можуть за несприятливих умов виховання і розвитку дитини закріплюватися, набувати стійкого характеру, все-таки не є визначальними. Вони вторинні, а первинними є порушення працездатності, розлади уваги, пам'яті, сенсомоторних процесів, пізнавальної активності.

За проявами та глибиною порушень затримка психічного розвитку досить строката, що зумовлено як різними причинами її виникнення, так і неповторністю індивідуальності кожної дитини, історії її виховання та розвитку. *З одного боку, це порушення зумовлюють біологічні фактори* (спадкові недоліки у функціонуванні нервової системи), а ще більше – несприятливі умови внутрішньоутробного розвитку внаслідок хвороб матері, інтоксикації різними шкідливими речовинами, зокрема алкоголем та наркотиками, травми та хвороби центральної нервової системи у ранньому дитинстві, а також хронічні захворювання, які ослаблюють дитячий організм. *З іншого боку, до затримки психічного розвитку призводять несприятливі психосоціальні умови виховання дитини*, насамперед психічна депривація, тобто неможливість задовольнити потребу в емоційному контакті з близькими дорослими, пізнавальну потребу. Ще тяжчими бувають наслідки, якщо поєднуються біологічні та соціальні фактори. Наприклад, відомо, що в дитячих будинках переважна більшість дітей має батьків, які не змогли виконувати своїх батьківських обов'язків, не дбали ні про їхнє фізичне здоров'я, ні про виховання. Зазначимо, що й умови інтернату теж не є оптимальними для повноцінного формування особистості дитини. Саме тому в цих закладах опиняється дуже багато дітей із затримкою психічного розвитку.

У значній частині дітей основною причиною неуспішного навчання є неспроможність цілеспрямовано працювати. У них, зазвичай, дуже нестійка увага, низька працездатність. Одні діти справляють враження дуже активних, непосидючих, у яких енергія так і вирує. Насправді ж вони просто перебуджені, їхня активність – це псевдоактивність. Дитина не керує своєю поведінкою: вона, не подумавши, хапається за все і тут-таки кидає, зіткнувшись із першими труднощами, береться до чогось іншого. Справді активна, енергійна дитина хоч і може бути

рвучкою, швидкою, цілеспрямована та послідовно розв'язує поставлене перед собою завдання. Є й інші прояви розладів уваги та цілеспрямованості: на тлі загальної нервової ослабленості переважають гальмівні процеси, тому дитина буває млявою, малорухливою, нерішучою, боязкою, їй особливо важко почати якусь справу. Часто без втручання дорослих вона залишається бездіяльною. Поодинокими є випадки, коли під час психологічного обстеження у дітей із названими розладами виявляється цілком достатній інтелектуальний розвиток. Але реалізувати свої інтелектуальні можливості такі діти не можуть без індивідуальної допомоги дорослого, який бере на себе функцію організації їхньої діяльності. На уроці ж разом із класом вони зовсім не працюють і майже нічого не засвоюють. Тим часом у шкільному віці навчання, як кажуть психологи, є провідною діяльністю, основною рушійною силою розвитку дитини в цей час. Тому коли вона не включається в навчання, значно сповільнюється й її інтелектуальний розвиток: загальна обізнаність стає поверховою, відстає формування мисленнєвих операцій і схематичних знань, закріплюються негативні риси характеру. Такі діти часто ростуть у сім'ях з особливим типом батьківського ставлення до виховання – вони або дуже опікають дитину, випереджають усі її бажання, вважають за маленьку, або надто «старанно виховують»: контролюють кожен крок, прискіпливо вимогливі, схильні до тиску, мало зважають на реальні можливості дитини.

Найчисельнішу групу дітей із затримкою психічного розвитку становлять такі, що насамперед привертають увагу відставанням від своїх ровесників в інтелектуальному розвитку. У них значна обмеженість знань та уявлень про навколишній світ, несформованість мисленнєвих операцій, яка виявляється не тільки у словесно-логічному мисленні, й у сприйманні конкретних якостей предметів, у розвитку мовлення: дуже збідненому словнику, недорозвиненому, аграматичному висловлюванні. У процесі розв'язання діагностичних завдань вони мають чималі труднощі через обмеженість досвіду, несформованість навичок інтелектуально працювати, недорозвиненість мовлення, яке дає змогу усвідомити свої дії та керувати ними. Проте в межах доступного матеріалу ці діти

здатні скористатися допомогою; вони дуже чутливі до позитивної стимуляції, під впливом якої стають уважнішими і продуктивнішими. Тому про таких дітей ми говоримо, що в умовах індивідуальної роботи вони виявляють достатню научуваність, тобто здатність засвоювати знання і свідомо ними керуватися. Але вони зовсім не готові до навчання в умовах масової школи і «випадають» із навчального процесу. Саме тому їм необхідна тривала й систематична корекція у спеціально організованих умовах навчання, які б враховували їхні індивідуальні можливості в темпі засвоєння знань та просування в розвитку. Такими особливостями характеризується значна частина учнів сьогodнішніх шкіл та класів інтенсивної педагогічної корекції.

Найважче піддаються корекції діти, проблеми інтелектуального розвитку яких зумовлені насамперед зниженою научуваністю. Вона виявляється в особливій негнучкості, інертності мислення, внаслідок чого дитині важко буває змінити непродуктивний підхід до розв'язання завдання на продуктивніший, скориставшись додатковими знаннями: підказкою, поясненням. Особливо виразно це помітно під час класифікації об'єктів, для якої потрібно виділити суттєве, абстрагуватися від другорядного, узагальнити. Педагоги зазвичай скаржаться на великі труднощі у засвоєнні програмного матеріалу такими учнями навіть в умовах спеціальної школи. Основою зниженої научуваності таких дітей є негативні характеристики функціонування центральної нервової системи, що зумовлені хворобою, спадковими вадами. За змістом ці розлади часто нагадують порушення інтелектуального розвитку, хоч і м'якше виражені. Діти зі зниженою научуваністю, зазвичай, потребують спеціального навчання не тільки в початковій школі, а й в основній. Досвід показав, що, відчуваючи труднощі в засвоєнні теоретичних знань, вони досить продуктивні у здобутті практичного досвіду й опановують багато різних професій. Тому перспектива розвитку школи інтенсивної педагогічної корекції, зокрема її основної ланки, пов'язана, на наш погляд, із поглибленням професійно-трудової підготовки учнів.

Окремої уваги заслуговують діти, котрі мають порушення таких функцій, як мовлення, просторове сприймання, зорово-

рухова координація. Вони є причиною того, що діти при цілком достатньому інтелектуальному розвитку не можуть опанувати письмо, читання, рахунок. Зрозуміло, що це розладнує всю їхню навчальну діяльність і, зрештою, затримує подальший розвиток. Названі порушення в поєднанні з іншими факторами затримки психічного розвитку створюють картину особливо значних труднощів у навчанні дітей. Тоді як сьогодні спеціальну корекційну допомогу отримують тільки діти з мовленнєвими порушеннями. Усі інші, не виявлені в масовій школі, залишаються поза корекцією.

Проведені клінічні та психолого-педагогічні дослідження свідчать, що діти із затримкою психічного розвитку посідають нібито проміжне положення між дітьми, які нормально розвиваються, та з порушеннями інтелектуального розвитку, якісно відрізняючись як від перших, так і від других.

Тамара Ілляшенко (зав. лабораторією проблем ЗПР у дітей Інституту дефектології АПН України) у своїх публікаціях розповідає про таких дітей, наводячи приклади:

***Сашко Т.** На перший погляд, він справляє враження молодшого від свого віку: маленький, рухливий, із жвавим виразом обличчя, дуже безпосередній – охоче вступає у спілкування, береться щось розповісти. Його часто доводиться повертати до виконання завдання, вказувати на помилки, заохочувати похвалою. Є певні психологічні фактори, які сприяли інфантилізації дитини, відставанню її в емоційно-вольовому розвитку. Обстежуваний – єдина дитина в сім'ї з чотирма дорослими: крім тата і мами, є ще дідусь і бабуся. У батьків не склалося подружнє життя, і вони порушили справу про розлучення. Хлопчиком займається здебільшого дідусь, який його дуже жаліє і поводить з ним, як із маленьким, багато з ним гуляє, розповідає, але й обмежує самостійність та спілкування з друзями. Тут знайшло пояснення і те в поведінці учня, що оцінювалося педагогом як моральна хиба та зумовлювало неприємне ставлення до нього, а саме – ініціювання бійок і відмова визнати свою провину.*

Під суворим поглядом дорослого Сашкові і самому легко повірити, що це не він зробив шкоду. Проте з часом, закріпившись, така поведінка може перерости в негативні

якості особистості: нездатність брати на себе відповідальність за власні вчинки, схильність до обману.

Отже, це типовий представник дітей, відомих у світовій педагогічній практиці як гіперактивні з дефіцитом уваги. Поняття «гіперактивність» відображає зовнішній бік поведінки дитини і не відповідає її дійсному психологічному стану. Адже активність, особливо надмірна, передбачає і надмірний запас енергії. Насправді ж у цих дітей такого запасу немає, їхня нервова система слабка і потребує охорони та зміцнення.

Дуже важливо встановити чіткий розпорядок дня та стежити за його дотриманням. Дитина має поступово, але неухильно привчатися доводити розпочату справу до кінця, виконувати необхідне та відповідати за свої вчинки.

Надмірна рухливість – ознака мінімальної мозкової дисфункції (ММД), яка виникає внаслідок мікроорганічного пошкодження головного мозку. Дитина з ознаками гіпердинамічного синдрому завдає вчителю багато клопоту. На уроці вона постійно крутиться, відволікається, не слухає пояснення вчителя, а тому відповідає не в лад. Інколи намагається брати активну участь у тому, що відбувається на уроці. Тоді не втримується, і з місця викрикує відповідь, або з піднятою рукою: «Я! Я скажу!» підскакує на парті, а то й вибігає у прохід між партами. Однак її відповіді, зазвичай, поверхові, неточні.

Зошити у такого учня неохайні, з численними виправленнями і помилками. Літери кострубаті, рядки нерівні, у словах пропущені або замінені літери, у реченнях – слова. Усе це ознаки дисграфії (порушення функції письма). У частини гіпердинамічних дітей можуть бути проблеми з читанням. Найяскравіше гіпердинамічність дитини проявляється на перерві. Деякі діти бувають надмірно запальними, забіякуватими і тоді – не по-дитячому озлобленими, агресивними, жорстокими. Така поведінка учня виводить із рівноваги вчителя.

Учитель, плануючи індивідуальну роботу з гіпердинамічним учнем, має мати на увазі, що це хвора дитина, у якої нервова система не в нормі, внаслідок чого вона розгальмована, імпульсивна, з низькою увагою і слабкою

самоорганізацією. Тому найважливіше – ігнорувати її парадоксальні вчинки і всіляко заохочувати адекватну поведінку.

Найкраще місце для такого учня у класі – в центрі, навпроти дошки, щоб у будь-яку хвилину він міг звернутися за допомогою до вчителя, і вчитель міг спостерігати за його поведінкою.

Залучаючи дитину до виконання того чи того навчального завдання, треба починати з найпростішого, з яким вона легко впорається, або з повторення уже пройденого і відомого. Слід контролювати перебіг виконання кожного етапу завдання, пропонувати завдання, поступово «нарощуючи» їхню складність. За таких умов зосередженість дитини буде максимальною, вона зможе працювати на повну силу своїх інтелектуальних можливостей, і розв'язати досить складну задачу або вправу. Поступово увага спадає, дитина стомлюється, тому слід пропонувати простіші завдання, з якими навіть втомлена дитина може легко впоратися, а виконану роботу обов'язково відзначити.

На уроці важливо брати до уваги особливості працездатності гіпердинамічної дитини. Мінімальна мозкова дисфункція дуже часто супроводжується цереброастенічними розладами. Тому такі діти гостро реагують на зміну метеорологічних факторів (головними болями), надмірно чутливі до яскравого світла, шуму, задухи. Буває, що працездатність різко знижується без видимих причин. Наприклад, на попередньому уроці дитина добре поводитися, справлялася зі складними завданнями. А вже на наступному – поведінка неадекватна, відсутні елементарні знання. Важливо вчити дитину самостійно контролювати свій стан, попереджати про погане самопочуття дорослого.

Молодшим школярам властива здатність багато рухатися. Ось чому на уроці вчитель час від часу проводить фізкультхвилинки. Особливо необхідний рух гіпердинамічній дитині. У русі вона «виплескує» енергію, яка накопичується у неї протягом тривалого сидіння за партою. Тому через кожні 15 хвилин слід дозволяти їй устати, походити. Це не вплине на загальну поведінку у класі і на стосунки гіпердинамічної дитини з однокласниками (чому йому можна, а мені заборонено),

оскільки молодші школярі здатні це зрозуміти. Наприклад, Миколка носить окуляри, Маринка не їсть апельсини (у неї алергія), а Петрик на уроці ходить по класу. Неприйняття чогось нестандартного демонструють, як правило, дорослі. Слід давати дитині якомога більше доручень, пов'язаних із фізичною активністю і рухом, – щось принести, когось покликати, про щось нагадати. Гіпердинамічний школяр виконуватиме це із задоволенням, оскільки хоче бути вам корисним.

Успішне навчання гіпердинамічної дитини залежить від співпраці вчителя і батьків. Учитель має порадити батькам контролювати дотримання учнями вдома чіткого розпорядку дня, графік якого повинен висіти над робочим столом дитини. Уроки треба виконувати у чітко визначений час під пильною увагою дорослого. Зважаючи на високу здатність дитини втрачати увагу, довкола не має бути нічого, що може відволікати її від заняття: зайвих речей на столі чи іграшок під столом, увімкненого телевізора чи магнітофона. Той, хто займається з дитиною, сам також не повинен відволікатися на сторонні справи; він має бути терплячим, доброзичливим, вимогливим, відзначати її найменші успіхи. Після домашніх занять обов'язкова прогулянка. У дитини мають бути фіксовані щоденні обов'язки – винести сміття, підмести підлогу тощо. Це допомагає розвивати довільну увагу. Дитина має лягати спати о дев'ятій годині вечора, незважаючи на те, що прийшли гості чи по телевізору показують цікавий фільм.

У вихованні гіпердинамічної дитини не повинно бути розбіжностей між членами сім'ї. Дуже важливо дотримуватися послідовності вимог, які висуваються до неї: обов'язкове завершення розпочатої справи, відповідність між вимогами і контролем того, що вона має робити. Тобто всі члени родини мають виступати як одна команда.

Молодшому школяреві будуть корисними заняття ритмічною, хореографією, танцями, тенісом, плаванням чи будь-яким іншим видом спорту. Оскільки для дитини небажані травми, слід уникати таких видів спорту, як силова боротьба, бокс. Треба пам'ятати, що гіпердинамічна дитина внаслідок зниженої уваги, імпульсивності схильна до небезпечної поведінки і не задумується над її наслідками.

Отже, якщо у класі навчається дитина з гіпердинамічним синдромом, слід пам'ятати – її формування як особистості, подальше успішне навчання, активна соціальна позиція в майбутньому значною мірою залежать від прагнення вчителя її зрозуміти і допомогти вже сьогодні.

Є труднощі у навчанні, пов'язані з прямопротилежними проявами поведінки дитини. Тамара Ілляшенко у своїх публікаціях розповідає і про таких дітей, наводячи приклади:



Олексій Н. – це учень, який може тихо просидіти цілий урок, так і не почавши писати в зошиті та й узагалі не беручи участі в роботі класу. Домашні завдання бувають старанно виконані, але не Олексійком, а його мамою, яка будь-що хотіла бачити сина зразковим учнем. Для цього вона не шкодувала зусиль ні своїх, ні синових: тривалий час змушувала його сидіти за приготуванням уроків, а коли переконувалася, що він так і не починав працювати, вдавалася до покарань, а то і до бійки. Коли ж і це не допомагало, виконувала завдання сама. Так, поступово спілкуючись із хлопчиком, можна визначити в ньому тип дітей, який, на жаль, часто доводиться спостерігати. Як зазвичай, вони малорухливі, тихі, мовчазні, завжди наче злякані, особливо коли потрапляють у нову ситуацію чи знайомляться з новими людьми. Педагогам вони не заважають, хіба що доводять до відчаю своєю бездіяльністю.



Допомогти такій дитині можна, насамперед змінивши позицію батьків у ставленні до неї. Основна корекційна стратегія полягає в тому, щоб підвищити у цих дітей, переважно, вкрай занижену самооцінку: вони наперед знають, що «нічого не вийде». Тому їм потрібно вказувати на кожен успіх, який для них буває чудодійним: у них одразу піднімається психічний тонус, і вони в цей момент здатні перевершити самих себе. Тільки на ґрунті зміцнілої віри в себе і бажання працювати можливе заповнення прогалів у знаннях, розвиток уміння вчитися.

Проведені клінічні та психолого-педагогічні дослідження свідчать, що діти із затримкою психічного розвитку посідають нібито **проміжне становище** між дітьми, які нормально розвиваються та з порушеннями інтелектуального розвитку, якісно відрізняючись як від перших, так і від других.

6.2. Форми затримки психічного розвитку та їх психолого-педагогічна характеристика

Категорія дітей із затримкою психічного розвитку є досить різномірною за складом. До неї належать діти із психічним і психофізичним інфантилізмом, який часто поєднується з деяким недорозвиненням пізнавальної діяльності, а також дітей з астенічними та цереброастенічними станами, що виникли на відносно ранніх етапах розвитку.

Психічний і психофізичний інфантилізм (від лат. «infantilis» – «дитячий») характерний тим, що дитина, перебуваючи на певному етапі свого розвитку, виявляє риси, притаманні дитині молодшого віку.

Потрапивши до школи, такі діти поводять себе як дошкільники, віддаючи перевагу грі, не вміють зосередитися на навчальній діяльності, організувати себе відповідно до вимог педагога щодо виконання навчальних завдань та дотримання шкільної дисципліни. У таких дітей не розвинена достатня особистісна готовність до шкільного навчання, що з перших днів перебування у школі утруднює процес оволодіння знаннями та вміннями. За наявності психофізичного інфантилізму навіть зовні (зріст, вага) діти шкільного віку схожі на дошкільників.

Дитина не чує того, що пояснює вчитель, під час уроку може встати, пройтися по класній кімнаті, почати гратися, ставити випадкові запитання, не пов'язані з перебігом уроку. Багато дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку не знають чітко, як звать їх по батькові (а іноді навіть і прізвища), назви вулиці, на якій вони живуть, не можуть відповісти на інші елементарні запитання.

Для всіх дітей із затримкою психічного розвитку характерні більш або менш виражені порушення розумової працездатності, які полягають у підвищеній втомлюваності, особливо під час розв'язання завдань, що потребують тривалого

інтелектуального напруження. Проте найяскравіше ця особливість виявляється у дітей з астенічними станами.

Астенія означає слабкість, безсилля та використовується в тих випадках, коли йдеться про загальну ослабленість організму або деяких його нервово-психічних функцій. Залежно від причин, що викликали астенічний стан, розрізняють церебральну та соматогенну астенію.

При церебральній астенії нервово-психічна слабкість зумовлена захворюваннями мозку (інфекції, травми).

Соматогенна астенія пов'язана із загальними соматичними захворюваннями організму (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом).

Першопричиною порушень пізнавальної діяльності в дітей з астенічними станами є надмірна втомлюваність, яка різко знижує продуктивність діяльності. У процесі навчальної діяльності швидко настає виснаження нервової системи, працездатність різко знижується, порушується увага, послаблюються пам'ять, розумові операції, частішають відволікання від роботи, зростає пасивність. У такому стані діти неспроможні виконати навіть нескладні навчальні завдання, хоча на початку роботи вони могли досить успішно впоратися зі значно важчими завданнями.

Фізична слабкість, швидка втомлюваність, часто пов'язані з нею роздратованість, плаксивість у багатьох випадках призводять до ізолюваності дитини в колективі однолітків, у яких вона викликає глузування. В ослабленої дитини зникає інтерес до колективних ігор, навчання.

Дитячий аутизм (від лат. «*autos*» – «сам») є одним із варіантів спотвореного розвитку дитини (за термінологією В.Лебединського). Сьогодні виділено (К.Лебединською) декілька **варіантів аутизму**:

1) дитячий *при різних захворюваннях ЦНС (органічний аутизм)* проявляється у психічній інертності дитини, в руховій недостатності, а також у порушеннях уваги і пам'яті. Крім того, у дітей спостерігається неврологічна симптоматика і затримка мовленнєвого та інтелектуального розвитку;

2) *психогенний* виникає переважно у дітей до 3 – 4 років, які зростають в умовах емоційної депривації, тобто при

довготривалій відсутності матері чи в інтернатах тощо. Характеризується порушенням контакту з особами, які оточують дитину, емоційною інфантильністю, пасивністю, відсутністю диференційованих емоцій, затримкою розвитку мовлення і психомоторики;

3) *шизофренічної етіології* відрізняються більш вираженою відгородженістю від зовнішнього світу і слабкістю контактів з особами, які їх оточують;

4) *при захворюваннях обміну речовин;*

5) *при хромосомній патології.*

Основними ознаками аутизму є:

- *недостатня або повна відсутність потреби дітей у контактах з особами, які їх оточують; активне прагнення до самотності (почувають себе помітно краще, коли їх залишають одних);*

- *відгородженість від зовнішнього світу;*

- *слабкість емоційного реагування стосовно близьких людей, аж до повної байдужості до них;*

- *слабка здатність (або нездатність) диференціювати живі і неживі об'єкти, чим, зокрема, пояснюється їхня агресивна поведінка стосовно іншої дитини, яку вони можуть сприймати як ляльку;*

- *недостатня реакція на зорові та слухові подразники, хоча можуть бути дуже чутливими до слабких подразників (не переносять шуму побутових приладів, капання води тощо);*

- *страх усього нового (неофобія): перестановки ліжка, зміни місця проживання, нового одягу, взуття тощо;*

- *одноманітна поведінка зі стереотипними, примітивними рухами (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей та передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшпиньках тощо);*

- *різноманітні мовленнєві порушення;*

- *характерна зорова поведінка, яка проявляється в тому, що дитина не переносить погляду в очі, має «побіжний» погляд або погляд «повз тебе»;*

- *одноманітність гри, що є стереотипною маніпуляцією з неігровим матеріалом (мотузкою, ключем, пляшкою тощо;*

можуть годинами одноманітно перекладати предмет з місця на місце, переливати рідину з одного посуду в інший тощо);

- *стан дифузної тривоги і невмотивованих страхів*, а саме:
 - а) надцінні страхи (втрати матері, страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною та сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення. Об'єкти страхів дітей з аутизмом важко виявляються, тому необхідно спостерігати за тим, біля якого предмета дитина стає напруженою, або відходить убік, або починає розгойдуватися.

Як вважають дослідники, аутизм для таких дітей є своєрідною компенсаторною реакцією, спрямованою на захист від травматичного зовнішнього середовища. За образним порівнянням К. Лебединської, «Дитина ховається в аутизм, як равлик у мушлю, їй там набагато спокійніше і приємніше. Однак за аутичним бар'єром вона позбавляється необхідного для розвитку потоку інформації».

Система допомоги особам з аутизмом в Україні лише почала формуватися, чим започатковується виконання державою обов'язків із реалізації конституційного права своїх аутичних громадян на адекватну їхнім можливостям освіту. Оскільки, як свідчить аналіз спеціальної літератури, методи для лікування аутизму розроблені недостатньо, тому сьогодні цим дітям можливо надавати лише реабілітаційну і корекційну допомогу.

Корекційно-розвивальна робота з аутичними дітьми має проводитися у напрямі розвитку спілкування та соціальної поведінки дітей, а саме: формування уміння інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, здійснювати вибірково уважність, оперативну оцінку та вибір реакцій у відповідь на інформацію, що надходить, розуміти переживання іншої особи.

6.3. Діагностика затримки психічного розвитку в дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними

Відрізнити дитину із затримкою психічного розвитку від дитини з порушеннями інтелектуального розвитку – нелегко, і це під силу лише компетентній медико-педагогічній комісії,

укомплектованій висококваліфікованими фахівцями медичного, психологічного, педагогічного, спеціального дефектологічного профілів.

Передусім пригадаймо **основні показники затримки психічного розвитку дитини:**

- *знижена працездатність, швидка втомлюваність;*
- *уповільненість сприймання та переробки інформації;*
- *обмеженість загальних життєвих уявлень;*
- *збіднений словниковий запас;*
- *наявність окремих недоліків вимови;*
- *переважання у мисленні наочно-дійових форм над словесно-логічними операціями;*
- *погана пам'ять, невміння використовувати допоміжні засоби при запам'ятовуванні матеріалу;*
- *знижений рівень самоконтролю, критичності мислення;*
- *незрілість емоційно-вольової сфери;*
- *недостатня сформованість усіх видів діяльності.*

Звичайно, всі ці недоліки характерні й для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, але порівняно з дітьми із затримкою психічного розвитку в олігофренів вони виражені більш явно і мають певну якісну специфіку.

Неабияку роль у корекційній роботі відіграє заохочення дитини навіть за найменші успіхи, педагогічний такт, уважність та доброзичливість із боку вчителів та вихователів, готовність прийти на допомогу, наполегливе формування в учнів упевненості у власних можливостях.

Даючи батькам рекомендації у процесі корекційної роботи з дітьми із ЗПР, дефектологи зрозуміли, що батьки приймають за ерудицію раннє читання і письмо, лічбу, хорошу пам'ять, а не вміння думати, мислити. Часто батьки розвивають механічну пам'ять, але вона добре розвинута у дітей із ЗПР. Здавна вважали розумним того, хто вміє думати. І. Гельвецій писав: *«Не потрібно голову дитини заповнювати фактами, а потрібно вчити думати про них, адже знати напам'ять не означає знати».*

Педагогам і батькам потрібно розвивати увагу дитини. Дитина часто відволікається, їй усе хочеться побачити, 3-хрічна дитина за 10 хвилин гри відволікається 4 рази, 4-хрічна – 2 рази, а 6 – 7-річна – 1 раз. Генетично закладено в людині, що увага

потребує постійного розвитку. Адже ще Гете писав: «Що найважче? Те, що тобі здається найбільш легким: бачити очима те, що лежить перед очима».

Часто виникає медико-педагогічна проблема тоді, коли педагоги говорять про правильне розумове виховання. Науковці думають, що розвиток дитини ХХІ ст. потрібно пришвидшити, це мов тенденція сучасності, із захопленням говорять про акселерацію. Дефектологи та психологи твердять про небезпечну тенденцію раннього навчання читанню, письму, лічбі, іноземній мові, роботі з комп'ютером. При цьому відбувається рання стимуляція розвитку лівої півкулі головного мозку, а з 4-х до 6-ти років має домінувати творче мислення. Букви, цифри, ноти, схеми витісняють наочне мислення, не залишаючи місця для живої, спонтанної гри. До шести років дитина має орієнтуватися не у схемах, а у людях, у реальному житті. Навчившись читати раніше, ніж думати, отримавши готову інформацію із книг замість того, щоб спостерігати за природою, дитина сприймає світ як споживач.

У процесі корекційної роботи з дітьми із затримкою психічного розвитку педагоги, дефектологи та психологи використовують різноманітні методи. Серед них і методи арт-терапії. **Арт-терапія** – це залучення дитини-інваліда до мистецтва.

Ще у стародавньому Китаї для боротьби з нервовими потрясіннями практикували змальовування ієрогліфів. Сьогодні дослідники виявили, що пишучи, малюючи чи ліплячи із пластиліну, дитина повністю розслаблюється, частота її пульсу суттєво знижується, що дає їй змогу опинитися у стані гармонії.

У розвитку аномальної дитини особлива роль належить *образотворчій діяльності (малюванню)*. Дитина у малюнках оформляє свої знання про предметний та соціальний світ, незважаючи на нестачу слів, тому дитяче малювання називають графічною мовою.

Аби простежити залежність проявів ЗПР у дітей від психологічної атмосфери, яка панує в родині, і щоб вплинути на стиль виховання, дефектологи та психологи використовують **методику «Малюнок сім'ї»**.

Мета методики. З'ясувати особливості сімейних взаємин (у сприйнятті дитини).

Інструкція. «Намалюй на цьому аркуші всю свою сім'ю».

Інтерпретування результатів

Наведемо деякі найхарактерніші висновки на основі малюнків, створених дітьми із ЗПР.

Юля (7 років) намалювала маму, бабусю, сестру і тата. Юля намалювала себе поруч із мамою в такому співвідношенні, що мама здається справжнім велетнем. Це визначає поведінку дівчинки як тривожну. Інші факти також свідчать про авторитарний стиль виховання дитини з боку матері. Стирання на малюнку та штрихові лінії підтверджують підвищений рівень тривожності дівчинки стосовно матері; можливо, вона навіть боїться її.

Тато, який проводить увесь день на роботі й майже не з'являється вдома, зображений маленьким, оскільки у сім'ї він сприймається дитиною як другорядна особа. Його довгі гострі пальці; великий рот із вишкіреними зубами – ознака того, що цей член сім'ї виявляє щодо дитини вербальну агресію (часто на неї кричить).

Себе дівчинка намалювала одного розміру з молодшою сестрою, тобто вона відчуває себе маленькою, ця дитина хворіє на інфантилізм, у неї занижена самооцінка. Руки за спиною свідчать про почуття неповноцінності.

Відсутність на малюнку самої дитини – часта ознака того, що дитина відчуває себе у сім'ї знедоленою.

Зображення великої кількості предметів (у Юлі сім'я намальована у лісі) характерне тоді, коли у сім'ї формальні контакти, недостатній рівень спілкування.

Сонце на малюнку – символ тепла й захисту. Люди і предмети, які зображені між малюком і сонцем (у дівчинки сонце намальовано над бабусею, Юлею та сестрою) – це ті люди, які допомагають дитині відчувати себе захищеною.

Але вона використала тільки чотири кольори: червоний – для сукні матері, жовтий – для сонечка, платтячка молодшої сестрички та бабусі, а чорний і коричневий є основними кольорами. Вибір чорного кольору свідчить, що у Юлі немає прагнення щось робити, тенденція до негативних переживань.

Червоний колір плаття у матері і чудернацька зачіска, яка нібито відштовхує усіх від неї, свідчать про агресивні почуття до мами. Найближча людина для Юлі, за малюнком, – це бабуся (у них навіть схожі зачіски). Найулюбленіші члени сім'ї малюються з більшою кількістю деталей, ніж ті, кого дитина любить менше.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що у стосунках дівчинки з рідними немає місця емоційно теплим почуттям. Вона навіть намалювала всюдишуче сонечко, яке має «розтопити» лід у родині. Це символ захисту і тепла, джерело, якого так не вистачає дівчинці та всім її родичам.

У проєктивному малюванні з дітьми із затримкою психічного розвитку використовуються такі методики.

1. Вільне малювання (коли кожен малює за бажанням).

2. Комунікативне малювання. Дітей розподіляють на пари, у кожної – свій аркуш паперу, кожна пара спільно малює на невизначену тему.

3. Спільне малювання: декілька дітей (або вся група) мовчки малюють на одному аркуші (наприклад, групу, її заняття, відображаючи настрій, атмосферу у групі тощо). Після закінчення малювання обговорюється участь кожної дитини, характер її внеску у малюнок, особливості взаємодії з іншими учасниками.

Також помітно впливає на психіку дитини такий процес художньої творчості, як ліплення із глини, пластиліну, хліба. Ліплення має велике значення для розвитку і виховання дитини з порушеннями розвитку. По-перше, розвиваються м'язи кистей рук, удосконалюється окомір, відпрацьовується узгодженість рухів. По-друге, у дитини виховується звичка послідовного виконання роботи.

Найбільш поширеними матеріалами для конструювання є папір, картон, природний матеріал, нитки, тканина тощо. З аркуша паперу можна створити багато цікавих і красивих речей (скажімо, іграшки для ялинки, різноманітні прикраси, маски звірів, птахів, літературних героїв).

З особливим інтересом діти із ЗПР виготовляють ляльок для напальчикового театру із паперу, картону, цупкої тканини. Звичайно, цей вид художньої діяльності є досить продуктивним

для дітей, оскільки допомагає розвивати власну фантазію, створюючи бажаний образ.

Ще одним важливим методом роботи з дітьми із затримкою психічного розвитку є *ігрова терапія* – це метод терапевтичного впливу на дітей із використанням гри. Упродовж корекційної роботи з дітьми із затримкою психічного розвитку використовують також такий різновид арт-терапії, як *музикотерапія*. Впливаючи на психоемоційний стан людини, музика викликає певні гормональні і біохімічні зміни в організмі. Позитивні емоції, що виникають під час звучання музики, стимулюють інтелектуальну діяльність дитини.

Кілька порад учителеві

- Найдоцільніше посадити учня за першу парту, він менше відволікатиметься.
- Подавайте зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). Якомога більше повторюйте та закріплюйте вивчене.
- Види діяльності на уроці мають бути структурованими для учня у вигляді картки чітко сформульованих дій, алгоритму виконання завдання.
- Вказівки мають бути короткими та чіткими, повторюватися.
- Дещо сповільніть темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність учня. Будьте терплячими, якщо учневі необхідно пояснити чи показати щось багаторазово. Віднайдіть оптимальний варіант взаємодії з ним (поясніть новий матеріал до уроку, на занятті дайте письмовий тезовий план, алгоритм дій тощо).
- Розчленуйте завдання на окремі невеликі частини. Якщо необхідно – складайте письмовий алгоритм поетапного виконання завдання. Усні інструкції давайте по одній, доки учень не навчиться утримувати у пам'яті одразу кілька.
- Урізноманітнюйте навчальну діяльність, однак, забезпечуйте плавний перехід від одних видів діяльності до інших.

- Надавайте учням достатньо часу для виконання завдання та практичного застосування нових умінь і навичок, водночас, надто тривале виконання однієї справи може стомити його.
- Домагайтеся виконання завдання і перевіряйте його.
- Знаходьте різноманітні можливості для виступу учня перед класом (наприклад, як саме виконував завдання, що робив під час чергування, як готував творчу роботу тощо).
- Спирайтеся на сильні сторони учня, відзначайте його особливі успіхи, особливо у діяльності, до якої він виявляє інтерес.
- Хваліть дитину, використовуйте зворотній зв'язок, емоційно реагуйте на найменші її досягнення, підвищуйте її самооцінку, статус у колективі.
- Тісно, якомога частіше спілкуйтеся і співпрацюйте з батьками учня.

6.4. Поняття про порушення інтелектуального розвитку. Клініко-педагогічна характеристика дітей-олігофренів. Інші категорії дітей з порушеннями інтелектуального розвитку

Під *порушеннями інтелектуального розвитку* дефектологія розуміє стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи (головного мозку).

Існують різні форми порушень інтелектуального розвитку, серед яких найпоширенішою є *олігофренія* (від гр. «oligos» – «малий», «phren» – «розум»). *Олігофренія* – це стан загального недорозвинення психіки в результаті спадкової обумовленості або внутрішньоутробного ураження головного мозку. Олігофренія (недоумкуватість) – вроджене або рано набуте (у перші 3 роки життя) слабоумство, виражається у недорозвиненні всієї психіки, переважно інтелекту. Вроджене слабоумство з ознаками недорозвинення (олігофренію) прийнято відрізняти від деменції – набутого слабоумства з розпадом психічної діяльності.

Основним діагностичним критерієм порушення інтелектуального розвитку вважається *кількісна оцінка інтелекту за стандартними психологічними тестами (інтелектуальний коефіцієнт)*. У 15-ій доповіді Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я із психогієни зазначені такі

критерії: легкі порушення інтелектуального розвитку – IQ = 50 – 70; середньої тяжкості – IQ = 35 – 50; різко виражені – IQ = 20 – 35; глибокі – IQ менше 20.

Порушення інтелектуального розвитку є поширеними у світі (1 – 3 % населення). Приблизно 75 % осіб, мають легку відсталість. Інші хворі діти складають приблизно 4 особи на 1000 населення 10 – 14 років. Останніми роками відзначається деяке збільшення чисельності дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. Це пояснюється ростом загальної тривалості життя, а також зменшенням рівня смертності дітей із недоліками розвитку і дефектами НС завдяки успіхам медицини.

На перших етапах прижиттєвого розвитку дитини олігофренія виникає внаслідок перенесених нею запальних захворювань головного мозку (менінгіти, менінгоенцефаліти при різних вірусних інфекціях, що вражають мозок), а також як результат травматичних пошкоджень головного мозку.

Основні причини олігофренії:

- інфекційні захворювання вагітної (вірусний грип, скарлатина, кір, краснуха тощо);
- гормональні порушення матері, застосування численних медикаментів;
- резусна несумісність груп крові матері та плода;
- дії генетичних (спадкових) чинників;
- порушення у будові та кількості хромосом, зумовлені аномаліями хромосомних наборів батьків (хвороба Дауна);
- алкоголізм батьків;
- пологові травми та асфіксія (зупинка дихання у дитини).

Клініко-педагогічна характеристика дітей-олігофренів.

Розрізняють такі групи і форми олігофренії:

• I. Олігофренії, зумовлені спадковими факторами:

- 1) дізостотичні форми – синдром Крузона, синдром Апера й ін.;
- 2) ксеродермічні форми (синдром Рада);
- 3) ензимопатичні форми, обумовлені порушеннями білкового, вуглеводного й іншого видів обміну;

4) олігофренії, обумовлені хромосомними наборами – хвороба Дауна, синдром Шерешевського – Тернера, синдром Клайн – Фелтера й ін.;

5) олігофренії, спричинені мутагенними пошкодженнями генеративних клітин батьків.

• II. Олігофренії, спричинені внутрішньоутробними аномаліями зародка і плода:

1) вірусними інфекціями, наприклад, краснухою вагітних;

2) уродженим сифілісом, токсоплазмозом та іншими інфекціями;

3) гормональними порушеннями й іншими токсичними факторами.

• III. Олігофренії, обумовлені шкідливими факторами перинатального періоду і перших 3 років життя:

1) несумісністю крові матері і плода, наприклад, конфліктом резус-фактора;

2) асфіксією плода і немовляти, а також родовою травмою;

3) перенесеними в ранньому дитинстві інфекціями і черепно-мозковими травмами;

4) олігофренії в поєднанні з дитячим церебральним паралічем, переважним недорозвиненням окремих систем головного мозку, важкими порушеннями сенсорних функцій.

Інші категорії дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. Так, при *епілепсії* характерні такі риси, як надмірна уповільненість, інертність усієї психічної діяльності; при *шизофренії* відбуваються глибокі зміни в емоційно-вольовій сфері особистості – зниження інтересу до навколишньої дійсності та потреби у спілкуванні, патологічна замкненість у собі, у світі власних ілюзій. Для всіх дітей, які належать до цієї категорії, характерною є деградація, тобто зниження психічної діяльності, що прогресує.

Іще одна з найбільш поширених форм порушення інтелектуального розвитку – це *синдром Дауна*, або синдром трисомії 21-ої хромосоми, який уперше був описаний у 1866 р. Джоном Лангдоуном Дауном. Популяційна частота становить 1:700 новонароджених дітей, до того ж хворих хлопчиків і дівчаток народжується однакова кількість. Дитина з таким розладом зовнішньо відрізняється від інших дітей: косий,

МОНГОЛЬСЬКИЙ розріз очей, маленька голова, плоске лице, неправильний прикус, короткі руки та ноги, порушена координація рухів (рис. 6.3).



Рис. 6.3. Дитина із синдромом Дауна

Ця хвороба спричинена наявністю трьох хромосом 21-ї пари (рис. 6.4).

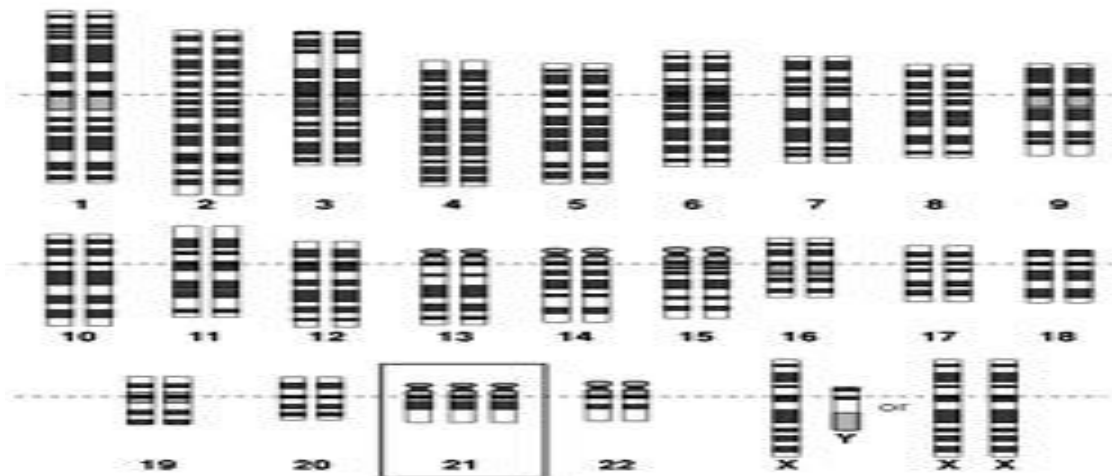


Рис. 6.4. Три хромосоми 21-ї пари

Серед факторів ризику народження дитини із синдромом Дауна головним є вік матері. Це пов'язано як зі зменшенням гормонального контролю онтогенезу у літніх жінок, так і з недостатністю гормонального контролю у дівчат підліткового віку. Є дані підвищення частоти народження дітей із синдромом Дауна при застосуванні гормональних контрацептивних засобів, рентгенологічного опромінення тощо.

Структура психічного недорозвитку дітей із синдромом Дауна своєрідна: мовлення появляється пізно і протягом усього життя залишається недорозвиненим, розуміння мовлення

недостатнє, словниковий запас бідний, часто проявляються звукові відхилення у вигляді дизартрії або дислалії. Але, незважаючи на тяжкість інтелектуального дефекту, емоційна сфера залишається практично збереженою. «Дауністи» бувають лагідними, слухняними, доброзичливими, можуть любити, бентежитися, ображатися, хоча іноді стають дратівливими, злими і впертими. Більшість із них цікаві і мають гарну наслідувальну здатність, що сприяє прищепленню навичок самообслуговування і трудових процесів. Рівень навичок і вмінь, якого можуть досягти діти із синдромом Дауна, дуже різний. Це обумовлено генетичними і середовищними чинниками.

Зорове сприйняття є основою усвідомлення світу і, отже, здатності реагувати на нього. Діти із синдромом Дауна фіксують увагу на одиничних особливостях зорового образу, віддають перевагу простим стимулам і уникають складних образотворчих конфігурацій. Така перевага зберігається протягом усього життя. Помилки у відтворенні зорово сприйнятих форм пов'язані у них з особливостями уваги, а не з точністю сприйняття.

Діти не бачать деталей, не вміють їх шукати і знаходити. Не можуть уважно розглянути частини світу, відволікаються на більш яскраві образи. Однак у результаті численних експериментів було з'ясовано, що вони оперують матеріалом, який краще сприймається візуально, ніж на слух.

Труднощі освоєння мовлення у дітей із синдромом Дауна пов'язані з частими інфекційними захворюваннями середнього вуха, зниженням слуху, зниженим м'язовим тонусом, маленькою порожниною рота, затримкою в інтелектуальному розвитку.

Крім того, у дітей із синдромом Дауна маленькі й вузькі вушні канали. Усе це негативно впливає на слухове сприйняття і вміння слухати, чути послідовні узгоджені звуки навколишнього середовища, концентрувати на них увагу і впізнавати їх.

При розвитку мовлення істотне значення мають тактильні відчуття як усередині ротової порожнини, так і всередині рота. Вони нерідко зазнають труднощів у розпізнанні свої відчуттів: погано уявляють, де міститься язик і куди його слід помістити для того, щоб вимовити той чи той звук.

Діти із синдромом Дауна не вміють і не можуть інтегрувати свої відчуття – водночас концентрувати увагу, слухати, дивитися і реагувати і, отже, не мають можливості в окремо взятий момент часу обробити сигнали більш ніж від одного подразника. У

деяких дітей із синдромом Дауна оволодіння мовою настільки повільне, що можливість їхнього навчання за допомогою спілкування з іншими людьми є вкрай утрудненим. Через труднощі вираження своїх думок і бажань ці діти часто переживають і відчувають себе нещасними. Уміння говорити розвивається, зазвичай, пізніше, ніж уміння сприймати мовлення. Дітям із синдромом Дауна властиві труднощі в опануванні граматичної будови мови, а також семантики, тобто значень слів. Вони довго не диференціюють звуки навколишнього мовлення, погано засвоюють нові слова і словосполучення.

Отже, глибокі обмеження можливостей, природно, супроводжуються значним зниженням якості життя. Важке захворювання дитини відбивається також на спілкуванні з однолітками, на навчанні, трудовій діяльності, здатності до самообслуговування. Дитина, на жаль, вилучається із суспільного життя. Усе перераховане визначає важливість проблеми соціальної адаптації та коригування відповідних контингентів дітей.

Метою корекційної роботи з дітьми із синдромом Дауна є їхня соціальна адаптація, пристосування до життя і можлива інтеграція в суспільство. Необхідно, використовуючи всі пізнавальні здібності дітей і враховуючи специфіку розвитку психічних процесів, розвивати у них життєво необхідні навички, щоб, ставши дорослими, вони могли самостійно себе обслуговувати, виконувати в побуті просту роботу, підвищити якість їхнього життя і життя їхніх батьків.

Література

1. Андрющенко Н. Поєднання ігрової та навчальної діяльності. Корекція розумового розвитку дітей з особливими потребами / Н. Андрющенко // Початкова освіта. – 2004. – № 6. – Лютий. – С. 7 – 9.
2. Стадненко Н. М., Матвеева М. П., Обухівська А. Г. Нариси з олігофренопсихології / за заг. ред. Н. М. Стадненко. – Кам'янець-Подільський, 2002. – 200 с.
3. Ілляшенко Т. Д. Навчання та соціально-трудова адаптація дітей із затримкою психічного розвитку / Т. Д. Ілляшенко // Педагогіка і психологія. – 1996. – № 2. – С. 127 – 135.
4. Ілляшенко Т. Д. Хто вони – ті, що не встигають? / Т. Д. Ілляшенко // Початкова школа. – 1999. – № 3. – С. 25 – 28.

5. Булкіна Т. В. В обіймах ласкавого «дауна»: про дітей з синдромом Дауна / Т. В. Булкіна // Фактор. – 1998. – № 8. – С. 69 – 71.
6. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання : навч. посібник [для педагогів і шкільних психологів] / Т. Д. Ілляшенко, Н. А. Бостун, Т. В. Сак. – К. : ІЗМН, 1997. – 128 с.
7. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посібник / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – Видання доповнене та перероблене. – К.: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.
8. Кузава І. Формування художньо-естетичних інтересів молодших школярів із затримкою психічного розвитку / І. Кузава // Початкова школа. – 2002. – № 6. – С. 16 – 18.
9. Лебединская К. С. Ранний детский аутизм (клинико-психологическая структура, медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция) // Сборник научных трудов / под ред. Т. А. Власовой, К. С. Лебединской, В. В. Лебединского. – М., 1981.
10. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.
11. Синьов В. М. Основи дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.
12. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навч. посібник [для вищих навчальних закладів] / за наук. ред. В. Тарасун. – К., 2004. – 103 с.
13. Тарасюк С. Вчителю про дітей із затримкою психічного розвитку / С. Тарасюк // Початкова школа – 1998. – № 1. – С. 37 – 41.
14. Таточенко В. Якщо у малюка синдром Дауна / В. Таточенко // Сім'я і школа. – 1994. – № 10. – С. 26 – 28.
15. Хохліна О. Г. Удосконалення змісту освіти школярів з обмеженими розумовими можливостями // Рідна школа. – 2002. – № 2. – С. 37 – 39.

РОЗДІЛ 7. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

7.1. Причини порушення опорно-рухового апарату у дітей. Поняття про втому.

7.2. Особливості розвитку дітей із дитячим церебральним паралічем.

7.3. Головні напрями корекційно-виховної роботи при порушеннях опорно-рухового апарату у дітей та вимоги до такої роботи.

7.1. Причини порушення опорно-рухового апарату у дітей. Поняття про втому

Звичне положення тіла під час ходьби, стояння, сидіння і роботи називають поставою. Правильна постава дитини характеризується нормальним положенням хребта, правильними його вигинами, симетричним розміщенням лопаток, плечей, прямим триманням голови, прямими ногами без сплюснення стоп. При правильній поставі оптимально функціонує система органів руху, правильно розміщені внутрішні органи, правильне положення центру ваги тіла.

Причинами порушення опорно-рухового апарату у дітей є загальне ослаблення м'язів і зв'язок. До порушень опорно-рухового апарату належать викривлення хребта, асиметрія розвитку м'язів та кісток, сплюснення грудної клітки, стоп тощо. Цьому сприяють відсутність фізичних тренувань, систематичне неправильне положення тіла, різні захворювання (наприклад, рахіт). Із самого початку навчання у школі на організм дитини негативно впливають зменшення рухової активності, збільшення статичного навантаження (поза сидячи), носіння портфеля в одній руці, сидіння згорбившись тощо. Постава найінтенсивніше формується у 6 – 7 років. За відсутності уваги з боку вчителів і батьків дефекти, що виникли в дошкільний період та у молодшому шкільному віці, особливо прогресують у період статевого дозрівання. Неправильна постава негативно впливає на розвиток внутрішніх органів (наприклад, викривлення хребта порушує роботу серця, позначається на роботі великих судин).

При появі порушень опорно-рухового апарату, плоскостопості необхідно обов'язково звернутися до лікаря.

Досить частою причиною порушення опорно-рухового апарату у дітей і підлітків є плоскостопість. До цієї хвороби призводять порушення формування кісток та ослаблення зв'язок стопи. Стопа деформується, її склепіння стає недостатньо високим, і нога торкається підлоги (землі) майже усією підошвою (слід не має внутрішньої виїмки). Оскільки більшість судин і нервів стопи розміщені з боку підошви, перенесення вантажів, тривале ходіння або стояння на місці швидко втомлює дитину.

Для запобігання плоскостопості батькам і вчителям необхідно звертати увагу на правильну ходу дітей. Необхідно, щоб навантаження припадало на п'яти та перший і п'ятий пальці стопи, склепіння було піднятим. Рекомендується ходіння босоніж по нерівній, але м'якій поверхні (пісок, м'який ґрунт), ходіння навшпиньках, носіння взуття, що відповідає гігієнічним вимогам. Таке взуття має бути не тісним і не надто просторим, мати широкі підбори, пальці не повинні стискатися. Основою профілактики порушень опорно-рухового апарату є гармонійний розвиток дітей і підлітків, щоденне виконання ними фізичних вправ, зміцнення здоров'я.

Поняття про втому. Після тривалих та інтенсивних м'язових навантажень у дітей настає втома. Втома – це тимчасове зниження працездатності організму внаслідок виконання фізичної чи розумової роботи. Зниження фізичної працездатності пов'язане зі змінами у власне м'язах та у центральній нервовій системі. Передовсім втома розвивається у нервових центрах і лише згодом – у м'язах. У центральній нервовій системі, зокрема в корі великих півкуль, внаслідок інтенсивної роботи м'язів виснажуються клітини нервових центрів, що відповідають за виконання рухів. Про роль центральної нервової системи у розвитку втоми свідчить також підвищення працездатності школярів під впливом позитивних емоцій і мотивацій. І. Сеченов підтвердив, що відновлення працездатності м'язів відбувається швидше тоді, коли інші м'язи в цей час виконують фізичну роботу. Таке явище було назване активним відпочинком.

У м'язах під час розвитку втоми нагромаджуються продукти обміну, які сповільнюють проведення нервових імпульсів через

нервово-м'язові синапси. Це призводить до зниження інтенсивності рухів, зменшення їхньої сили.

Що молодша дитина, то швидше настає втома при виконанні фізичних навантажень. Це особливо стосується дітей молодшого шкільного віку. У 6 – 7-річному віці у зв'язку зі значними структурно-функціональними змінами у нервовій системі та зростанням працездатності фізична втома розвивається повільніше. Важливим переломним етапом у розвитку працездатності вважається вік 12 – 13 років, коли відбуваються суттєві зміни в енергетиці м'язового скорочення. Підвищенню працездатності учнів, запобіганню розвитку втоми учнів сприяє чергування фізичної та розумової праці. Останнім часом вчені і лікарі все більше уваги приділяють проблемі впливу фізичної активності на здоров'я людини. Сучасний спосіб життя (особливо у містах сприяє розвитку гіподинамії – зниження м'язової діяльності людини. Якщо людина проводить сидячий спосіб життя і не тренує м'язів, то вони зменшуються в об'ємі, зменшується її сила. Гіподинамія водночас з іншими несприятливими факторами (забруднення навколишнього середовища, надмірні навантаження на нервову систему, шкідливі звички тощо) поступово спричиняють порушення обміну речовин, а надалі – і виникнення численних небезпечних захворювань нервової системи, серця, кровоносних судин та ін.

7.2. Особливості розвитку дітей із дитячим церебральним паралічем

До порушення опорно-рухового апарату у дітей призводять різні захворювання, найчастіше – дитячий церебральний параліч, при якому пошкоджуються рухові системи головного мозку.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, церебральні паралічі залишаються важливою проблемою. Кількість дітей із ДЦП збільшується у всьому світі. Зараз на тисячу населення в середньому нараховується 2 – 3 дітей із дитячим церебральним паралічем.

ДЦП проявляється передовсім порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Церебральний параліч спричиняється порушенням розвитку мозку або пошкодженням однієї чи декількох його частин, які контролюють м'язевий тонус

та моторну активність (рухи). Діти з церебральними паралічами переважно відстають у моторному розвитку і набагато пізніше опановують такими етапами моторного розвитку, як перевертання, сидіння, повзання та хода.

Спільним для всіх дітей із церебральними паралічами є труднощі контролю над свідомими рухами та координування роботи м'язів. Церебральні паралічі можуть проявлятися підвищенням м'язового тону (гіпертонією, або спастикою) чи його пониженням (гіпотонією м'язів), неконтрольованими мимовільними рухами (гіперкінезами), порушеннями рівноваги, координації, утримання положення тіла, що ускладнює оволодіння мовленням, розвиток ковтання, ходьби та багатьох інших функцій.

Часто моторні порушення супроводжуються затримкою розумового розвитку, судомами, порушенням дихання, розладами травлення та контролю за сечовиділенням і випорожненням кишечника, труднощами при прийомі їжі, частим карієсом, деформаціями скелета, проблемами зі слухом та зором, що надалі спричиняє аномалії поведінки та труднощі в навчанні. Вираженість цих порушень коливається в широких межах: від дуже незначних, майже непомітних проявів до грубих порушень функції.

Багато дітей із церебральними паралічами мають нормальний або вище середнього рівень інтелекту. Їхня здатність проявити свої інтелектуальні здатності може бути обмеженою через труднощі у спілкуванні. Усі діти з церебральними паралічами, незалежно від рівня інтелектуального розвитку, здатні суттєво розвивати можливості при відповідному лікуванні, фізичній реабілітації та логопедичній корекції.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) спричиняється пошкодженням певних зон мозку, що розвивається. Це пошкодження може відбутися на ранніх стадіях вагітності, коли мозок тільки починає формуватися, у процесі пологів, коли дитина проходить через родові шляхи, або після народження, у перші роки життя. У багатьох випадках точну причину пошкодження мозку при ДЦП не вдається виявити. Донедавна вважалося, що проблеми під час пологів (переважно киснева не

достатність) є однією з основних причин розвитку церебральних паралічів.

Тепер відомо, що менше ніж 10% випадків ДЦП зумовлені чинниками, які діють під час пологів. Принаймні у 70 – 80 % випадків ДЦП починається ще до народження дитини.

Фактори ризику ДЦП у дітей

- Інфекційні захворювання, судомні стани, патологія щитоподібної залози, шкідливі звички матері.
- Вроджені дефекти, особливо аномалії головного та спинного мозку, голови, лиця, легенів та порушення обміну речовин.
- Несумісність за резус-фактором, за групою крові між матір'ю та плодом.
- Певні спадкові та генетичні чинники.
- Ускладнення під час пологів.
- Передчасні пологи.
- Низька вага при народженні (особливо менше 1 кг).
- Множинні плоди (двійня, трійня).
- Недостатність постачання кисню (гіпоксія) мозку в період вагітності, під час або після народження дитини.
- Пошкодження мозку в ранньому віці (менінгіт), травма мозку, гіпоксія або мозкова кровотеча.

Симптоми дитячого церебрального паралічу:

- затримка досягнення таких фаз розвитку, як контроль голови, перевертання, досягання предметів рукою, сидіння без підтримки, повзання чи хода;
- утримання «дитячих», чи «примітивних» рефлексів, які нормально зникають через 3 – 6 місяців після народження;
- переважне використання однієї руки (праворукості або ліворукості) до віку 18 місяців, що вказує на слабкість чи патологічний м'язовий тонус однієї сторони;
- патологічний м'язовий тонус (м'язи можуть бути дуже тугими (спастичними) або надмірно розслабленими (гіпотонічними));
- патологічні рухи (незвично різкі, раптові або повільні та хробакоподібні);
- скелетні деформації; вкорочення кінцівки на пошкодженій стороні;

- затримка розумового розвитку (далеко не усіх);
- проблеми з мовленням, яке частково залежить від рухів язика, губ та горла (деякі особи з церебральними паралічами не можуть нормально керувати цими м'язами і тому нормально розмовляти);
- проблеми з ковтанням; діти з ДЦП, які не можуть достатньо контролювати роботу цих м'язів, будуть мати проблеми зі смоктанням, питтям, із прийомом їжі та контролем виділення слини;
- втрата слуху (в т. ч. і часткова);
- порушення зору (у $\frac{3}{4}$ хворих дітей – косоокість (страбізм), тобто відхилення назовні або всередину одного ока);
- проблеми із зубами (поширений карієс);
- проблеми з контролем випорожнення та сечовипускання, спричинені недостатністю контролю над роботою відповідних груп м'язів.

Зазвичай, навчання дітей із церебральним паралічем у школі і в домашніх умовах здійснюється залежно від рівня інтелекту за трьома програмами: окремо – для дітей із порушеннями інтелектуального розвитку, для дітей із затримкою психічного розвитку та за звичайною програмою загальноосвітньої школи.

Усім дітям цієї категорії властива нерівномірність сформованості різних пізнавальних функцій, дисгармонійність інтелектуального розвитку. Дослідники наголошують на слабкості так званої *невербальної* складової інтелекту, тобто тієї частини інтелектуальних функцій, що не пов'язані з мовленням. Такими є сенсорні функції – різні види відчуттів та відповідні їм сприймання, уявлення, зокрема, просторові, сенсомоторна координація. Це той блок інтелекту, який найбільше пов'язаний з органічними пошкодженнями мозку, хоча *вираженість сенсорних порушень не має прямого зв'язку з важкістю рухових розладів.*

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

Розглянемо недоліки окремих психічних функцій, які властиві дітям із церебральним паралічем, їхній вплив на

розв'язання ними різних пізнавальних і практичних завдань та можливості їхньої корекції.

Порушення відчуттів і сприймання. Найсуттєвішими для пізнання властивостей предметів і явищ навколишнього світу та подальшого розвитку дитини є зорові, слухові, тактильні, кінестетичні відчуття та сприймання. Усі вони тісно пов'язані з руховими функціями, які у дітей із церебральним паралічем порушені. Тому й формування названих функцій у них відбувається неповноцінно.

Так, недорозвиненість зорового сприймання часто буває пов'язана з недорозвиненістю руху очей та порушеннями фіксації погляду. Крім того, обмеженість рухів не дає дитині змоги активно розглядати предмети, що зумовлює запізніле формування зорових образів уявлення і впізнавання відомих предметів. З огляду на ці ж причини з труднощами формуються уявлення про форму, величину й застосування цих еталонів у пізнанні навколишнього предметного світу.

Порушення зорово-моторної координації та просторового орієнтування. Узгодженість руху рук та очей – важливе досягнення в розвитку дитини, яке дає їй змогу активно взаємодіяти з предметами і керувати рухами. У дітей із церебральним паралічем ця здатність формується з труднощами, а затримка в розвитку предметних дій зумовлює відставання їхнього загального розвитку. Крім того, такі діти зазнають окремих специфічних труднощів під час малювання, конструювання, письма і читання: їм важко утримувати поглядом рядок під час читання, навчатися писати палички, елементи літер.

Із порушеннями зорово-моторної координації тісно пов'язані недоліки просторових уявлень і просторового орієнтування. Діти, котрі мають такі порушення, не можуть визначити праву і ліву сторони, показати частини свого тіла, погано розбираються й у взаємному розміщенні предметів, а тому довго не засвоюють понять «угорі», «поряд», «під», «над», «справа», «зліва», «позаду». Недоліки зорово-моторної координації та просторового орієнтування роблять дітей безпорадними під час засвоєння навичок самообслуговування. Вони плутають взуття на праву і ліву ноги, не можуть зав'язати

шнурки навіть при достатньому володінні рухами рук, неправильно одягають сорочку, плутаючи її верхню й нижню сторони, їм важко орієнтуватися у приміщенні (наприклад, знаходити свою парту у класі чи дорогу до їдальні).

Вимушена обмеженість практичної діяльності, вузьке коло спілкування (переважно з дорослими) позначаються на особливостях загальної обізнаності дітей, обсязі і змісті словника, яким вони користуються. Слово у них часто недостатньо наповнене реальним змістом, викликає неточні уявлення. Усі недоліки сприймання, характерні для дітей із церебральним паралічем, негативно відбиваються на формуванні уявлень, а особливо уяви як більш творчого процесу. Тому уявлення й уява – найслабші ланки у структурі інтелекту дітей цієї категорії. Характеризуючи особливості інтелектуального розвитку дітей, хворих на церебральний параліч, багато дослідників звертають увагу на властивий їм так званий *вербалізм*, тобто схильність до тривалих розмов, часом на теми, невласиві їхньому вікові, в яких вони мало обізнані. Це явище легко пояснити, адже діти з вираженими фізичними обмеженнями позбавлені чи різко обмежені в інших формах активності. Схильність поговорити – це для них сурогат діяльності. Інколи їхнє спілкування майже повністю вичерпується товариством небагатьох дорослих. Від них діти переймають і зміст розмов, і мовні звороти. Розмовляючи на невласиві їхньому вікові теми, діти справляють враження недостатньо критичних, дивакуватих, без почуття дистанції. Подальше спостереження за поведінкою дитини дає змогу переконатися, що в інших обставинах вона здатна поводитися цілком адекватно і висловлювати логічні судження.

Отже, інтелектуальний розвиток дітей із церебральним паралічем характеризується дисгармонійністю: недорозвиненістю перцептивних функцій, збідненістю й однобічністю досвіду, що накладає відбиток і на словесно-логічне мислення та мовлення, які бувають відносно збереженими.

Тому з'ясування дійсного стану інтелекту дитини, виявлення сильних і слабких його аспектів – річ непроста, але необхідна для побудови правильної корекційно-розвивальної роботи з нею.

Тамара Ілляшенко у своїх дослідженнях описує психічний розвиток хлопчика молодшого шкільного віку, який хворіє ДЦП.

Ярослав І., 9 років. Не ходить, відносно непогано володіє руками, хоча користується переважно правою. Вільно розмовляє. Психолого-медико-педагогічною консультацією встановлено діагноз: порушення інтелектуального розвитку. Навчається за програмою допоміжної школи у реабілітаційному центрі, який відвідує з мамою.

Із метою психологічного вивчення з хлопчиком проведено кілька занять. Уже на першій зустрічі Ярослав охоче вступає в розмову. Зміст розмови і поведінка хлопчика одразу дали підстави засумніватись у правильності встановленого діагнозу. Проте виконання ним простих завдань на співвідношення предметів та їхніх зображень за формою, величиною, конструювання на площині виявили значні труднощі у перцептивній діяльності хлопчика. Так, під час заповнення отворів у панелі відповідними фігурами Ярослав знаходив потрібну серед них, але з великими труднощами відшукував відповідне до отвору положення фігури.

Типові труднощі перцептивної діяльності, що характерні для дітей із церебральним паралічем, хлопчик виявив під час виконання найпростішої класифікації предметів за величиною: потрібно було розкласти в різні боки вирізані з картону яблущка – більші і менші. Після навідних питань Ярослав знайшов ознаку для поділу – величину. Але, розкладаючи яблущка, він постійно помилявся.

Стало зрозумілим, що у нього нестійке уявлення, пов'язане із труднощами сприймання. Тому правильно класифікувати яблущка він може тоді, коли одночасно бачить більше й менше. Коли ж доводилося брати навмання якесь одне, то він не міг визначити, велике воно чи мале. Виконуючи це завдання повторно, Ярослав уже навчився порівнювати зі зразком обране яблущко. Так з'ясувалося, що у хлопчика недостатньо розвинені перцептивні дії.

Після вправлянь у порівнянні предметів на рівні сприймання він навчився долати свої труднощі. Наприклад, щоб вирішити, більше чи менше перед ним зображення, хлопчик спочатку шукав для нього відповідну пару, а потім упевнено зараховував їх до

певного класу. Це було суттєвим розладом, який підтвердив, що у хлопчика достатньо інтелектуальних можливостей для подолання недоліків сприймання й уяви. На третьому занятті вже і психолог, і Ярослав були впевнені, що йому під силу і складніші завдання. Справді, класифікуючи зображення за умовним зразком за величиною і формою, хлопчик сам здогадався, куди класти велике, а куди маленьке. З формою трохи помилявся, але легко користувався допомогою. Цінним було й те, що він міг пояснити свої дії. На запитання психолога: «А як ти здогадався, куди які малюнки покласти?» відповів: «Подивився на зразок».

Труднощі перцептивної діяльності виявилися і під час лічби: хлопчик не міг охопити поглядом множину зображень і перераховував їх по одному пальчиком. Що більшу роль у виконанні завдання відігравали знання про навколишні предмети та явища, логічні міркування, то легше їх було Ярославу розв'язувати. Нарешті, гарно, з інтонаціями розповів казку близько до тексту, демонструючи достатню пам'ять.

Розглянутий приклад добре ілюструє всю складність психічного розвитку дітей із церебральним паралічем. Тому коли говорять про нормальний інтелект такої дитини, то, насамперед, мають на увазі, що вона не є з порушеннями інтелектуального розвитку і має достатні передумови для розвитку. Проте навіть у найкращому випадку у неї виникатиме багато труднощів на цьому шляху, зумовлених як органічним пошкодженням мозку, так і тими особливими умовами життя, що спричиняють захворювання. З огляду на це, діти цієї категорії потребують тривалої й послідовної педагогічної допомоги, яка має починатися якомога раніше і супроводжувати їх на всіх етапах життя.

Психологічні особливості дітей із церебральним паралічем, значні індивідуальні відмінності між ними як щодо уражень рухової сфери, так і своєрідності розладів психічних функцій переконливо свідчать про всю складність педагогічної роботи з такими дітьми в умовах їхньої інтеграції у загальноосвітній школі. Насамперед, потрібне технічне оснащення середовища, де діти навчатимуться і відпочиватимуть. Недоцільно залучати до навчального процесу шкільного типу дітей із церебральним

паралічем раніше, ніж їм виповниться сім років. Проте розвивати їх ігровими методами відповідно до їхніх вікових особливостей украй необхідно. Очевидно, що в роботі з цими дітьми важливу роль відіграватиме орієнтація на індивідуальну програму, на творчий підхід у розв'язанні неординарних питань.

7.3. Головні напрями корекційно-виховної роботи при порушеннях опорно-рухового апарату у дітей та вимоги до такої роботи. Кондуктивна педагогіка

Корекційна робота для дітей з порушенням опорно-рухового апарату у звичайних масових школах не обмежується лише розвитком моторики. Якщо до школи прийшла дитина, яка користується інвалідним візком, милицями чи просто повільно ходить, необхідно облаштувати шкільну будівлю, враховуючи такі рекомендації. Вхід до будь-якої школи, зазвичай, починається зі сходів, що є суттєвою або навіть нездоланною перешкодою для дітей. Для того, щоб ці діти змогли потрапити до школи, необхідно продублювати сходи пандусом. Пандус має бути пологим, щоб дитина на візку могла самостійно підійматися і спускатися ним. Щоб цього досягти, нахил пандуса не має перевищувати 12 градусів, ширина пандуса має бути не меншою 90 см. Необхідними атрибутами є бортик, що огорожує та бильця.

Ширина дверей має бути не менше 90 – 95 см, інакше дитина на візку не проїде. Для того, щоб вона змогла піднятися на верхні поверхи, у шкільній будівлі має бути передбачений хоча б один ліфт (можливо, доступ до нього доведеться обмежити для інших учнів), однак, не у всіх школах це можливо зробити. Тому, за можливості, слід переносити заняття для класів, у яких навчаються діти з особливими потребами, на перший поверх.

У роздягальнях дітям з особливими потребами потрібно виділити зону, відокремлену від проходів, і обладнати її бильцями, лавочками і гачками для сумок, одягу тощо. Або ж можна виділити для цього невелику окрему кімнату.

У їдальні варто передбачити окрему непрохідну зону. Ширину проходів між столами для вільного пересування на інвалідному візку рекомендується збільшити до 1,1 м. Водночас

не варто розміщати дітей з особливими потребами окремо від решти однокласників.

У шкільних туалетах варто передбачити одну спеціалізовану туалетну кабінку для дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату. У кабіні має бути передбачена вільна площа для розміщення крісла-візка.

Діти з особливими потребами мають бути залучені і на уроках фізкультури. Вони можуть виконувати посильні вправи і брати участь у різних іграх разом з однокласниками. Це допоможе їм не відокремлюватися від однолітків і виконувати шкільну програму у більш повному обсязі.

Важливо врахувати, що дитині з особливими потребами необхідний додатковий простір для вільного пересування. Мінімальний розмір зони учнівського місця для дитини на візку (з урахуванням розвороту візка) – 150x150 см. Біля парти варто передбачити додатковий простір для зберігання інвалідного візка (якщо дитина пересідає з нього за стіл), милиць, тростинки тощо.

Ширина проходу між рядами столів у класі має бути не менше 90 см. Такої ж ширини мають бути вхідні двері без порогу. Бажано залишити вільним прохід біля дошки, щоб дитина на інвалідному візку або на милицях могла вільно пересуватися вздовж неї.

Украй важливо також наполегливо формувати мотиви їхньої навчальної діяльності, враховувати наявні в них нахили та уподобання, розвивати коло інтересів. Особливе значення має принцип опори на позитивне в особистості дитини, що активізує її життєву позицію, вирівнює становище в системі міжособистісних стосунків класного колективу. Водночас слід мати на увазі, що серед дітей із порушеннями опорно-рухового апарату є такі, котрі досить добре освічені в різних сферах мистецтва (музиці, живопису), літературі, техніці, науці, самі активно займаються творчістю. Звичайно, ці факти необхідно використати, щоб підняти особистий статус дитини в колі інших.

Окрім того, *правильно дозована фізична праця і вправи* позитивно впливають на гармонійний розвиток дитини, сприяють підвищенню не лише її фізичної, а й розумової працездатності. Посилена робота м'язів позитивно впливає на діяльність практично всіх фізіологічних систем. Вона особливо благотворно

впливає на центральну нервову систему, обмін речовин, підвищує опірність організму до захворювань.

Дозуючи фізичні навантаження, необхідно враховувати вікові особливості опорно-рухового апарату. Діти дошкільного віку не можуть виконувати навіть короткотермінову динамічну чи статичну роботу. Здатність до виконання тривалих фізичних навантажень дещо збільшується у молодшому шкільному віці. Особливо виражене зростання працездатності спостерігається в 11 – 12 років. Цьому значно сприяють регулярні фізичні тренування, заняття спортом. Час на відпочинок школярів повинен бути достатнім для повного відновлення їхніх сил і, зазвичай, значно більшим, ніж час, затрачений на роботу. Робота середньої важкості та важка фізична робота викликають у дівчат значно більші і різкіші фізіологічні зміни, ніж у хлопців. Слід пам'ятати, що надмірні навантаження, які не відповідають віковим особливостям, можуть завдати великої шкоди дитині.

Отже, щоб забезпечити нормальний розвиток дітей, школярів, необхідно залучати їх до помірних гімнастичних вправ і посильної, правильно дозованої фізичної праці у садку, на городі, на пришкольній ділянці тощо.

Одним із найважливіших методів лікування опорно-рухового апарату є **фізична реабілітація**. При цьому застосовують комплекси вправ, спрямовані на дві важливі цілі – не допустити ослаблення та атрофії м'язів унаслідок недостатнього їх використання та уникнути контрактур, при яких напружені м'язи стають малорухомими та фіксуються в патологічному положенні.

У системі виховання, навчання та лікування дітей із порушеннями опорно-рухового апарату також важливе місце посідає різноманітна *трудова діяльність*, пов'язана із самообслуговуванням, виконанням суспільно корисних трудових завдань, навчанням ручної праці, професійною підготовкою з багатьох доступних спеціальностей з урахуванням особливостей того чи того рухового дефекту. Трудове навчання та виховання в таких випадках є і лікувальним фактором – т. зв. трудотерапією.

Із такими дітьми проводиться також багатопланова спеціальна лікувально-корекційна робота, спрямована на розвиток їхньої рухової сфери (*заняття лікувальною*

фізкультурою, спеціальні рухливі ігри, ортопедична допомога, масаж тощо). Дуже корисно залучати учнів до індивідуальних та колективних спортивних змагань за спеціальними програмами для інвалідів із порушеннями опорно-рухової сфери.

Кондуктивна педагогіка була розроблена угорським лікарем та педагогом Андрашем Петьо. Спочатку цей підхід використовувався тільки в інституті кондуктивної педагогіки в Будапешті, який має ім'я автора, а з часом набув популярності і став застосовуватися в багатьох країнах світу.

Кондуктивна педагогіка базується переважно на освітній моделі втручання та об'єднує педагогічні і реабілітаційні цілі в одній програмі. Ця концепція спрямована на те, щоб допомогти дітям із руховими порушеннями набути «ортофункції», що визначається як здатність брати участь і функціонувати в суспільстві, незважаючи на свою неповносправність. Кондуктивна педагогіка ґрунтується на ідеї, що нервова система, незважаючи на пошкодження, все ж таки має можливості до формування нових нервових зв'язків.

На думку професора Петьо, моторні порушення розвиваються не лише за рахунок пошкодження центральної нервової системи, а й через недостатність координації та взаємодії між різними відділами мозку і їхніми функціями. Ця здатність нервової системи може бути мобілізована за допомогою відповідно спрямованого, активного навчання.

Кілька порад учителям:

- Дізнайтеся більше про церебральний параліч, про організації, які надають допомогу та джерела, з яких ви можете отримати корисну інформацію.

- Інколи вигляд учня з церебральним паралічем справляє враження, що він не зможе навчатися як інші. Зосередьте увагу на конкретній дитині і дізнайтеся безпосередньо про її особисті потреби і здібності.

- Навчіться використовувати допоміжні технології. Знайдіть експертів у школі та поза її межами, які б допомогли вам. Допоміжні технології можуть зробити вашого учня незалежним (спеціальні пристрої для письма, додаткове устаткування для комп'ютера тощо).

- За допомогою фахівців чи батьків облаштуйте робоче місце учня з урахуванням його фізичного стану та особливостей розвитку навчальних навичок (для утримання постави у зручному положенні, для обмеження мимовільних рухів, полегшення письма, читання).

- Проконсультуйтеся з фізіотерапевтом стосовно режиму навантаження учня, необхідних перерв і вправ. Нагадуйте про це учневі та стежте, щоб він не перевтомлювався.

- Іноді у дітей з церебральним паралічем може спостерігатися зниження слуху на високочастотні тони, водночас, зберігається на низькі. Намагайтеся говорити на нижчих тонах, переконайтеся, що учень добре чує звуки т, к, с, п, є, ф, ш.

- Знизьте вимоги до письмових робіт учня. Можливо йому буде зручно використовувати спеціальні пристосування, комп'ютер чи інші технічні засоби.

- Учневі необхідно більше часу для виконання завдання. Відповідно адаптуйте вправи, розробіть завдання у вигляді тестів тощо.

Література

1. Вікові особливості опорно-рухового апарата. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://allreferat.com.ua/uk/meducuna_zdorovya/referat/39/page.
2. Гусейнова А.А. Основные направления медико-психолого-педагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями в условиях реабилитационного центра / А. А. Гусейнова // Коррекционная педагогика. – № 1. – 2004. – С. 21 – 27.
3. Діти з порушенням опорно-рухового апарату. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://levadablog.blogspot.com/p/blog-page_9.html.
4. Єфименко М. Діти з увігнутими стопами / М. Єфименко // Дошкільне виховання. – 2006. – № 6. – С. 26 – 28.
5. Єфименко М. Малята-церебралики / М. Єфименко // Дошкільне виховання. – 2006. – № 4. – С. 14 – 16.
6. Ілляшенко Т. Діти з церебральним паралічем у загальноосвітній школі / Т. Ілляшенко // Початкова школа. – 2008. – №11. – С. 58 – 61.
7. Кулеш Н. С. Современный подход к восстановительному лечению детского церебрального паралича / Н. С. Кулеш // Коррекционная педагогика. – № 1. – 2004. – С. 6 – 11.

8. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посібник / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – Видання доповнене та перероблене. – К. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.
9. Луговський А., Сварник М., Падалка О. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей / А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Л. : Колесо, 2008. – С. 49–60.
10. Причини виникнення ДЦП у дітей. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://referat911.ru/Psihologiya/prichini-viniknennya-dcp-u-dtej/379597-2854721-place1.html>
11. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.
12. Синьов В.М. Основи дефектології / В.М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.
13. Хохліна О. П. Корекційно-розвивальна робота в спеціальних закладах освіти для дітей з порушеннями психофізичного розвитку: теоретичний аспект проблеми. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/psicho/hohlina>.

РОЗДІЛ 8. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ (ПМПК)

8.1. Психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) та її функції.

8.2. Перелік документів для проведення консультації у ПМПК.

8.3. Супровід ПМПК педагогів загальноосвітніх навчальних закладів

8.1. Психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) та її функції

Діяльність *психолого-медико-педагогічних консультацій (ПМПК)* спрямована на :

- виявлення, облік, діагностичне обстеження дітей віком до 18 років;
- надання індивідуальної корекційної допомоги та добір відповідних програм навчання;
- консультування батьків, педагогів, медичних працівників;
- проведення індивідуальних діагностично-корекційних занять;
- просвітницьку діяльність серед населення.

Основні завдання та функції психолого-медико-педагогічних консультацій

1. Попередній збір даних про стан здоров'я та розвиток дитини з метою спрямування її на діагностичне вивчення у ПМПК.

2. Своєчасне виявлення, облік дітей із порушеннями розвитку (як тих, що перебувають на обліку в дитячих медичних закладах, так із-посеред дітей із труднощами у навчанні в дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах), визначення для них адекватних форм соціально-педагогічної чи медичної допомоги.

3. Здійснення психолого-медико-педагогічного обстеження дітей із метою виявлення порушень їхнього психофізичного розвитку, установлення діагнозу і визначення умов реабілітації.

4. Скерування дітей зі складними для діагностики порушеннями психофізичного розвитку на обстеження обласною (прирівняною до неї) ПМПК для встановлення остаточного діагнозу і визначення адекватних умов навчання, виховання, лікування, соціально-трудової адаптації.

5. Консультативно-методична допомога батькам (особам, які їх замінюють), педагогам, лікарям, працівникам соціально-психологічних служб із питань виховання, навчання і лікування дітей із відхиленнями в розвитку, з девіантною поведінкою.

6. Проведення роз'яснювальної роботи серед населення, працівників закладів освіти, охорони здоров'я, установ та закладів системи праці і соціального захисту населення тощо про необхідність раннього виявлення та організації своєчасної допомоги дітям із відхиленнями в розвитку.

7. Консультативно-методична допомога шкільним психолого-медико-педагогічним комісіям.

Склад психолого-медико-педагогічної консультації

Для здійснення консультативно-діагностичної, індивідуально-корекційної, координаційної та методичної роботи у складі ПМПК є:

- завідувач ПМПК;
- секретар;
- консультант лікар-психоневролог (дитячий).

За потребою залучаються фахівці:

- консультант – практичний психолог (фахівець із питань інтелектуального розвитку дитини);
- консультант – практичний психолог (фахівець із питань девіантної поведінки);
- консультант – учитель-логопед;
- консультант – учитель-дефектолог (олігофренопедагог);
- консультант – учитель-дефектолог (сурдопедагог);
- консультант – учитель-дефектолог (тифлопедагог).

Діагностичне обстеження дітей здійснюється:

- з ініціативи адміністрації (за поданням фахівців соціально-психологічної служби, педагогічних працівників) загальноосвітніх та дошкільних навчальних закладів, а також з ініціативи батьків або осіб, які їх замінюють;
- тільки у присутності батьків (осіб, які їх замінюють).

Контакти міської ПМПК можна знайти на сайті Департаменту освіти і науки. На первинне консультування приходять без попереднього запису. Для первинного консультування не обов'язково приходити з дитиною. Обов'язково мати при собі паспорт і копію свідоцтва про народження дитини.

8.2. Перелік документів для проведення консультації у ПМПК

Для проходження діагностичного обстеження необхідно подати такі *документи*:

- заява від батьків або осіб, які їх замінюють;
- свідоцтво про народження дитини;
- розгорнута характеристика із загальноосвітнього чи дошкільного закладу освіти, в якому перебуває дитина;
- витяг з історії розвитку (хвороби) дитини (медична картка дитини);
- зошити з української мови, математики (якщо дитина навчається), малюнки;
- результати попереднього обстеження дитини лікарями (психіатром, отоларингологом, офтальмологом, неврологом), логопедами, практичними психологами, педагогами системи освіти та охорони здоров'я України (Карткастану здоров'я і розвитку дитини);
- письмова згода батьків або осіб, які їх замінюють, про надання дозволу на обробку персональних даних дитини, отриманих у процесі психолого-педагогічного вивчення.

ПМПК проводить діагностичне обстеження дітей відповідно до графіка, погодженого з обласною ПМПК, та з участю її представника. Видані документи завіряються печаткою ПМПК, якій вона методично підпорядкована.

Висновок ПМПК є підставою для скерування дітей органами управління освітою в загальноосвітні навчальні заклади, класи (групи) з інклюзивним навчанням, спеціальні дошкільні і загальноосвітні навчальні заклади з урахуванням побажань батьків (осіб, які їх замінюють) та організації належної корекційно-розвивальної роботи. На основі даних обстеження дитини робиться висновок про характер відхилень її розвитку. У

висновку ПМПК описано особливості розвитку дитини, що допомагає педагогам у подальшій розробці індивідуальної програми розвитку.

Висновок ПМПК має рекомендаційний характер, остаточне рішення про форму навчання приймають батьки або особи, які їх замінюють, після того, як вони усвідомлять для себе всі переваги та недоліки тієї чи тієї форми навчання. У контексті цього, одним із завдань ПМПК є роз'яснення такої інформації.

У ПМПК ведеться така **документація**:

- журнал обліку дітей;
- книга протоколів діагностичного засідання ПМПК;
- картка стану здоров'я і розвитку дитини;
- картка індивідуально – корекційної роботи з дитиною;
- бланки виклику на діагностичне засідання ПМПК;
- витяг з протоколу діагностичного засідання ПМПК;
- плани індивідуально-корекційної роботи з дітьми (робоча документація конкретного фахівця);
- журнал обліку консультацій батькам, учителям, медпрацівникам;
- план роботи ПМПК на навчальний рік;
- дидактичні матеріали та методики, що використовує ПМПК для діагностичного обстеження дітей.

Виїзні засідання у загальноосвітні чи дошкільні навчальні заклади можуть проводитися у скороченому складі (але не менше 3-х фахівців) з обов'язковою участю дитячого лікаря-психіатра, учителя-дефектолога, практичного психолога.

8.3. Супровід ПМПК педагогів загальноосвітніх навчальних закладів

Діяльність ПМПК спрямована, зокрема, на виявлення, психолого-педагогічне вивчення, оцінку труднощів і потенційних можливостей розвитку дітей віком до 18-ти років, які мають ознаки ризику виникнення труднощів пізнавальної діяльності та поведінки.

Консультавання та психолого-педагогічне вивчення дітей здійснюються за зверненням батьків (осіб, які їх замінюють) та у їх обов'язковій присутності.

Отже, педагогічний працівник, не має права звернутися безпосередньо в ПМПК із заявою про здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини, яка відвідує навчальний заклад. Таке право надане лише батькам або особам, які їх замінюють.

Практичний психолог може порекомендувати батькам звернутися у ПМПК за відповідною консультацією. Підставою для цього можуть бути: порушення формування в дитини пізнавальної діяльності згідно з віковими нормами, труднощі при опануванні знань, умінь, навичок, суспільного досвіду тощо.

Література

1. Бондар В. Дефектологічна наука в Україні / В. Бондар // Педагогічна газета. – 1999. – № 2. – Лютий. – С. 6.
2. Кизимович Д. С., Ніжаша І. О., Герасимів Н. М. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям і молоді з особливими потребами та їхнім батькам / Соціальна робота в Україні : теорія і практика. – № 3. – 2003. – Липень – вересень. – С. 103 – 109.
3. Лист МОН, молоді та спорту України від 18.05.2012 №1/9–384 «Про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-organizaciyu-inklyuzivnogo-navchannja-u-zagalnoosvitnih-doc103247.html>.
4. Мартинчук О. Основи корекційної педагогіки : навч.-метод. посібник [для студентів] / О. Мартинчук. – К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288 с.
5. Наказ Міністерства освіти і науки України від 5.6.2015 р. № /9-280 «Про організацію навчально-виховного процесу для учнів з особливими освітніми потребами загальноосвітніх навчальних закладів у 2015/16 навчальному році». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mon.gov.ua/content/Новини/2015/06/15/1-9-280.doc>.
6. Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, Національної академії педагогічних наук України № 623/61 від 23.6.11 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1407-11>.
7. Шевченко Л. Особливі діти / Л. Шевченко // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2002. – № 1 – 2.

РОЗДІЛ 9. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ

9.1. Спеціальні умови організації навчання дітей з особливими освітніми потребами в навчальному закладі.

9.2. Індивідуальна програма розвитку (ІПР) учня та її компоненти.

9.3. Індивідуальна навчальна програма та індивідуальний навчальний план у контексті написання ІПР.

9.4. Індивідуальна форма навчання та індивідуальна програма реабілітації.

9.1. Спеціальні умови організації навчання дітей з особливими освітніми потребами в навчальному закладі

Зарахування дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітній навчальний заклад здійснюється в установленому порядку відповідно до висновку (рекомендацій) психолого-медико-педагогічної консультації відповідно до забезпечення ефективності навчально-виховного процесу наповнюваність класів з інклюзивним навчанням становить не більш ніж 20 учнів, з них «одна – три дитини з порушеннями інтелектуального розвитку або опорно-рухового апарату, або зниженим зором чи слухом, або затримкою психічного розвитку тощо; не більш ніж двоє дітей сліпих або глухих, або з тяжкими порушеннями мовлення, або складними порушеннями розвитку (порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату в поєднанні з порушеннями інтелектуального розвитку, затримкою психічного розвитку), або тих, хто пересувається на візках».

Керівником загальноосвітнього навчального закладу приймається рішення про утворення класів з інклюзивним навчанням з урахуванням освітніх запитів населення за умов наявності необхідної матеріально-технічної та методичної бази, відповідних педагогічних кадрів і приміщень, що відповідають санітарно-гігієнічним вимогам.

Навчання у класах з інклюзивним навчанням здійснюється за типовими навчальними планами, програмами, підручниками та посібниками, рекомендованими Міністерством освіти і науки

України для загальноосвітніх навчальних закладів, у тому числі за спеціальними підручниками.

Передумовою забезпечення успішності навчання дитини з особливими освітніми потребами в загальноосвітньому навчальному закладі є індивідуалізація навчально-виховного процесу, що виражається у плануванні *індивідуальної програми розвитку*, яка має на меті: пристосування середовища до потреб дитини; розробку комплексної програми розвитку дитини з особливими освітніми потребами; організацію спостереження за динамікою розвитку учня; надання додаткових послуг і форм підтримки у процесі навчання.

9.2. Індивідуальна програма розвитку (ІПР) учня та її компоненти

Індивідуальна програма розвитку – це письмовий документ, який загалом є контрактом між педагогічним колективом і батьками чи опікунами дитини. Він закріплює вимоги до організації навчання дитини, зокрема визначає характер освітніх послуг і форм підтримки.

Індивідуальну програму розвитку розробляє група фахівців, до складу якої належать: заступник директора з навчально-виховної роботи, учителі, асистент учителя, психолог, учитель-дефектолог та інші педагогічні працівники. До процесу розробки ІПР обов'язково залучаються батьки або особи, які їх замінюють.

Для проведення корекційно-розвиткових занять в індивідуальному навчальному плані учня передбачається від 3 до 8 годин на тиждень (кількість годин визначають відповідні психолого-медико-педагогічні консультації).

Індивідуальна програма розвитку містить такі складові:

1. Інформація про дитину загального характеру: ім'я, вік, адреса, телефон, імена батьків, порушення розвитку, дата зарахування дитини до школи, термін дії ІНП.

2. Поточний рівень знань і вмінь дитини: наводяться відомості про рівень її розвитку, зафіксовані під час спостережень і досліджень: вміння, сильні якості, стиль навчання (особливо якщо один зі стилів домінує), що дитина не вміє робити, у чому їй потрібна допомога тощо. У ІПР має бути зазначено, що турбує батьків; наведена інформація щодо впливу

порушень розвитку дитини на її здатність до успішного навчання у звичайному класі. Всі ці відомості повинні бути максимально точними, оскільки слугують підґрунтям для подальшої навчальної роботи.

3. Цілі і завдання – допомагають учневі опанувати певні знання і вміння та відповідати поточному рівневі його розвитку. У визначенні цих цілей і завдань беруть участь всі особи, причетні до роботи з дитиною.

Ціль – це завжди уявне відображення бажаного результату. Вони можуть стосуватися стратегій виховання, процесу формування знань, умінь, навичок поведінки і мають бути чітко сформульовані, висловлені через позитивні твердження, а також реальними й зрозумілими. Цілі визначаються в усіх сферах, де спостерігаються відставання у розвитку (інтелектуальний, соціальний і емоційний розвиток, мовленнєві навички тощо).

Завдання розуміють як певні проміжні кроки на шляху до досягнення окресленої цілі, тобто її конкретизація.

4. Спеціальні та додаткові послуги. В ІПР мають бути передбачені заняття з відповідними фахівцями (дефектологом, логопедом, фізіотерапевтом, психологом та іншими спеціалістами), які надають необхідні спеціальні й додаткові послуги учневі з особливими освітніми потребами.

Вчителі та фахівці співпрацюють над інтегруванням додаткових послуг у навчальний процес. Іноді учень потребує більш інтенсивних або особливих послуг, які можуть надаватися лише у відповідному середовищі (наприклад, заняття з використанням спеціальної апаратури тощо). В цьому випадку доцільно налагодити співпрацю з відповідним закладом, який може надавати такі послуги.

5. Адаптації/модифікації. При розробленні ІПР необхідно звернути увагу, передусім, на необхідне облаштування середовища; використання належних навчальних методів, матеріалів та обладнання з урахуванням сенсорних та інших потреб дитини.

Зазвичай ІПР розробляється на один рік. Однак члени групи, причетні до його створення (батьки, адміністратор, вчитель та ін.), можуть у будь-який момент запропонувати провести збори, щоб модифікувати ІПР або скласти новий. Це може виявитися

необхідним, наприклад, якщо: дитина досягла поставленої мети; у неї виникають труднощі при досягненні визначених цілей; надійшло прохання збільшити кількість відповідних послуг; учня переводять до іншої школи чи в нього спостерігаються проблеми з поведінкою тощо.

Традиційно розробку ІПР починають одразу після приходу дитини з особливими освітніми потребами до класу, а термін дії ІПР закінчується через рік. Водночас варто варіювати цей процес, пристосовуючи його до загального шкільного навчання.

6. Інформація про прогрес школяра в навчанні й розвитку. Невід'ємною складовою процесу розроблення ІПР є оцінювання і збирання відомостей про навчальні досягнення учня. При цьому можуть збиратися зразки його робіт, результати спостережень, контрольні листки, описи поведінки, результати порівнянь з типовим рівнем розвитку, результати тестів тощо.

Через певний відрізок часу вчитель та інші фахівці оцінюють успіхи дитини, визначають, наскільки ефективним є ІПР, діляться інформацією з батьками.

Розподіл кількості тижневих годин за предметами є орієнтовним. Залежно від медичного діагнозу школяра, навчальні предмети можуть інтегруватися: образотворче мистецтво – музика; музика – ритміка – ЛФК; музика – ритміка – ЛФК – фізкультура тощо. Дуже важливим є збереження сумарної кількості годин, а саме: 1 – 4 кл. – 10 год на тиждень.

9.3. Індивідуальна навчальна програма та індивідуальний навчальний план у контексті написання ІПР

При складанні індивідуальної навчальної програми педагоги насамперед аналізують відповідність вимог навчальної програми та методів, що використовуються на уроці, до наявних і потенційних можливостей дитини з особливими освітніми потребами.

Індивідуальна навчальна програма визначає зміст розділів і тем; навчальних закладів, у тому числі спеціальних, з їх відповідною адаптацією; знання, навички та вміння, які мають опанувати учні в освітньому процесі з кожного предмету.

Індивідуальний навчальний план визначає перелік навчальних предметів, послідовність їх вивчення, кількість

годин, що відводяться на вивчення кожного предмета за роками навчання, та тижневу кількість годин. У плані враховуються додаткові години на індивідуальні і групові заняття, курси за вибором, факультативи тощо.

Для створення ефективного індивідуального навчального плану потрібні спільні дії вчителів, батьків і фахівців. Слід запевнити батьків, що під час проведення оцінки дитини, аналізу результатів робіт увага звертатиметься на сильні якості учня; що це процес збирання інформації, яка допоможе вчителям і фахівцям працювати на користь дитини; що це засіб для розробки індивідуального плану, який повністю відповідатиме потребам дитини. Інформацію про дитину можна одержати з різних джерел – від батьків, дорослих (включаючи тих, з ким дитина живе), від самої дитини, фахівців, які з нею працюють та інших. Фахівці можуть допомогти точніше визначити рівень розвитку та потреби дитини. Суттєво допомогти під час оцінки дитини можуть спеціалісти (логопеди, сурдопедагоги, тифлопедагоги, медики, психологи та ін.). Після завершення процесу оцінки всі, хто брав у ньому участь (вчителі, фахівці), аналізують результати.

Отримавши результати комплексної оцінки, необхідно перейти до розробки індивідуального навчального плану.

9.4. Індивідуальна форма навчання та індивідуальна програма реабілітації

Індивідуальна форма навчання – це спосіб організації навчальної діяльності, який регулюється певним, наперед визначеним розпорядком, забезпечується педагогічними працівниками за місцем проживання учнів (удома) та організується для забезпечення права громадян на здобуття повної загальної середньої освіти.

Індивідуальна форма навчання може запроваджуватися для осіб, які:

- можуть прискорено закінчити школу і мають високий навчальний потенціал;
- за станом здоров'я не можуть відвідувати навчальний заклад (у тому числі осіб з особливими освітніми потребами, з

інвалідністю та тих, кому необхідно пройти медичне лікування в закладі охорони здоров'я більше одного місяця);

- проживають на тимчасово окупованій території України або в населених пунктах, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження тощо, та надзвичайних ситуацій природного або техногенного характеру (з використанням дистанційної форми навчання) відповідно до Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян і правовий режим на тимчасово окупованій території України»;

- проживають у селах і селищах (коли кількість учнів у класі становить менше 5-ти осіб);

- є особами без громадянства або іноземцями (діти-біженці, діти, чий батьки подали заяву про визнання їх біженцями або особами, які потребують додаткового чи тимчасового захисту, діти іноземців та осіб без громадянства, які утримуються в пунктах тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства).

Індивідуальна форма навчання в системі загальної середньої освіти є однією з форм організації освітнього процесу й запроваджується для забезпечення права громадян на здобуття повної загальної середньої освіти з урахуванням індивідуальних здібностей та обдарувань, стану здоров'я, демографічної ситуації, організації їх навчання.

Для зарахування на індивідуальну форму навчання учні подають:

- заяву одного з батьків (законних представників) або особисту заяву (для учнів, які на дату подання заяви є повнолітніми);

- документ про наявний рівень освіти (копію свідоцтва про базову загальну середню освіту, таблиць або виписку оцінок із класного журналу за останній рік навчання);

- довідку за формою первинної облікової документації № 080-1/о «Довідка про потребу дитини (дитини-інваліда) у домашньому догляді», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 червня 2012 року № 430, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12 липня

2012 року за № 1173/21485 (для осіб, які за станом здоров'я не можуть відвідувати навчальний заклад, а також осіб з особливими освітніми потребами, з інвалідністю та тих, яким необхідно пройти медичне лікування в закладі охорони здоров'я більше одного місяця);

- копію відповідного документа, що підтверджує законність перебування в Україні (для іноземців або осіб без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах).

Для учнів, які навчаються за індивідуальною формою навчання за станом здоров'я, індивідуальний навчальний план та індивідуальні навчальні програми розробляються педагогічними працівниками за участю одного з батьків (законних представників) відповідно до можливостей дитини та з урахуванням витягу із протоколу засідання психолого-медико-педагогічної консультації.

На основі індивідуального навчального плану складається розклад навчальних занять, який письмово узгоджується з батьками учнів. Виконання індивідуального навчального плану та програм, навчальні досягнення учнів фіксуються в окремих журналах.

Персональний склад педагогічних працівників, які здійснюють індивідуальну форму навчання, кількість навчальних годин для організації індивідуальної форми навчання учнів визначається наказом керівника навчального закладу та затверджується відповідним органом управління освіти відповідно до кількості предметів інваріантної частини навчального плану за умови виконання вимог Державних стандартів загальної середньої освіти і становить: 1 – 4-ті класи – 5 год на тиждень на кожного учня.

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку й місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму та здатності конкретної особи виконувати види діяльності, визначені в рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

Індивідуальна програма реабілітації розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації для дітей – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які мають бути здійснені щодо дитини, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувально-профілактичних закладів), органи праці та соціального захисту населення, служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

В індивідуальній програмі реабілітації зазначається про вибір і забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, вироби медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо в межах його індивідуальної програми реабілітації.

Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, дитиною з інвалідністю незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу й форми власності. Індивідуальна програма реабілітації має рекомендаційний характер.

Література

1. Будник О. Б. Інклюзивна освіта : навчальний посібник [для студентів спеціальності «Початкова освіта»] / О. Б. Будник. – Івано-Франківськ : ПП Бойчук А.Б., 2015. – 152 с.
2. Інклюзивна освіта від А до Я : poradnik [для педагогів і батьків] / укладачі Н. В. Заєркова, А. О. Трейтяк. – К., 2016. – 68 с.
3. Інструктивно-методичний лист МОН молоді спорт №1/9-384 dsl 18/05/2012 р. «Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/29627.

4. Колупаєва А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія / А. Колупаєва. – К. : «Самміт-Книга», 2009. – 272 с. : іл. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
5. Мартинчук О. Основи корекційної педагогіки : навч.-метод. посібник [для студентів] / О. Мартинчук. – К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288 с.
6. Наказ Міністерства освіти і науки України від 12.1.2016 року «Про затвердження Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 3 лютого 2016 року за № 184/28314. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0184-16>.
7. Основи інклюзивної освіти : навч.-метод. посібник / а заг. ред. А. А. Колупаєвої. – К. : «А.С.К.», 2012. – 307 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
8. Основи інклюзивної освіти : підручник / Марія Швед. – Львів : Український католицький університет, 2015. – 360 с.
9. Пантюк Т. І. та ін. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник. – 2-ге видання, доповнене і перероблене / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П. Пантюк. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ, 2009. – 324 с.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 року №872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF>.
11. Синьов В., Шевцов А. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні // Дефектологія. – № 2. – 2004. – С. 6 – 11.
12. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки [текст] : підручник / З. М. Шевців. – К. : «Центр учбової літератури», 2016. – 248 с.

РОЗДІЛ 10. ДІЯЛЬНІСТЬ ВЧИТЕЛЯ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

10.1. Підготовка вчителів до навчання дітей, які мають особливі освітні потреби.

10.2. Основні завдання й функції асистента вчителя в освітньому процесі.

10.3. Особливості діяльності інших фахівців в інклюзивному середовищі.

10.4. Педагогічна діагностика та оцінювання навчальних досягнень учнів.

10.1. Підготовка вчителів до навчання дітей, які мають особливі освітні потреби

Інклюзивна освіта не буде побудована швидко, це довготерміновий проект, який передбачає, насамперед, формування професійно-особистісної готовності усіх учасників педагогічного процесу, і зокрема вчителів початкової школи до роботи в інклюзивних умовах.

С. Альохіна у своєму аналітичному звіті про результати комплексного дослідження проблем інклюзивної освіти в Україні зазначає, що:

- сучасний стан підготовки фахівців і спеціалістів в Україні для роботи в інклюзивному освітньому середовищі не задовольняє суспільних потреб;
- якість інклюзивної освіти в ЗОШ не зважаючи на велетенську працю вчителів та вихователів іноді не витримує критики, оскільки навіть пілотним школам бракує фахівців і ставок для них (психологів, дефектологів, логопедів), здебільшого немає асистентів, перевантажені шкільні психологи;
- існує методологічна та психологічна неготовність педагогічних працівників, класних керівників, учителів, як у початковій школі, так і предметників до викладання дисциплін для дітей, які мають певні обмеження;
- забезпеченість методичними матеріалами для початкової школи оцінюється на рівні 30 %;

- мотивація вчителів ЗОШ до впровадження інклюзивної освіти низька через невідповідну їхній роботі зарплатню та перевантаження.

Педагоги серед головних проблем визначили додаткове психологічне навантаження на вчителів, брак спеціальних знань та досвіду роботи із дітьми з особливими потребами, нестачу методичних матеріалів (особливо для початкової школи та НВК). Менш серйозними проблемами впровадження інклюзивної освіти є нестача спеціального персоналу, проблеми із батьками та організаційні проблеми.

Щоб навчання в інклюзивних класах відбувалося успішно, педагог повинен оволодіти спеціальними знаннями і навичками: ознайомитися з анамнезом, мати уявлення про основні види порушень психофізичного розвитку дитини; вивчати стан уваги, стомлюваності, темп роботи кожної дитини; враховувати стан слуху, зору, загальної та дрібної моторики дитини; навчатися спостерігати за дітьми та оцінювати їх розвиток під час занять; навчитися адаптувати навчальні плани, методики, наочний матеріал та середовище до спеціальних потреб дітей; формувати у дітей досвід відносин у соціумі, навичок адаптації до середовища; ставитися з повагою до дітей.

Із метою реалізації інклюзивної освіти вчителі мають уміти:

- здійснювати моніторинг розвитку учнів, котрі мають труднощі у засвоєнні знань, різних видів діяльності та адекватно оцінювати причини, якими спричинено ці труднощі;
- своєчасно виявляти відхилення у розвитку дитини та під керівництвом корекційного педагога брати участь у здійсненні правильного психолого-педагогічного супроводу дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку;
- формувати готовність здорових учнів до позитивної спільної взаємодії з однолітками, що потребують корекції психофізичного розвитку;
- проводити роботу з батьками щодо надання їм корисної інформації про осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Ефективне інклюзивне навчання можливе лише за умови спеціальної підготовки і перепідготовки педагогічних кадрів. Метою такої підготовки є оволодіння педагогами

загальноосвітніх шкіл основними методиками, засобами та прийомами навчання, які використовуються в інклюзивному середовищі.

10.2. Основні завдання й функції асистента вчителя в освітньому процесі

Постанова Кабінету міністрів України від 15.08.2011 №872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» зазначає, що «особистісно орієнтоване спрямування освітнього процесу забезпечує асистент вчителя, який бере участь у розробленні та виконанні індивідуальних навчальних планів та програм, адаптує навчальні матеріали з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими потребами».

Основне завдання асистента вчителя – допомога вчителю в забезпеченні особистісно зорієнтованого, індивідуального підходу в освітньому процесі, зокрема у створенні індивідуальної програми розвитку для дитини з особливими освітніми потребами.

Посаду асистента вчителя може обіймати особа з високими моральними якостями; яка має повну вищу педагогічну освіту та пройшла курсову перепідготовку щодо роботи в умовах інклюзії; фізичний та психічний стан здоров'я, що дають змогу виконувати професійні обов'язки в загальноосвітньому закладі освіти.

Лист Міністерства освіти і науки, молоді та спорту №1/9-675 від 25.09.12 року «Щодо посадових обов'язків асистента вчителя» зазначає орієнтовні кваліфікаційні характеристики асистента вчителя в класі з інклюзивним навчанням, які розроблені у зв'язку з введенням зазначеної посади до типових штатних нормативів загальноосвітніх навчальних закладів, затверджених наказом Міністерства освіти і науки від 06.12.2010р. за № 1308/8603.

Відповідно до цього листа основні функції асистента вчителя є такими.

Організаційна: допомагає в організації освітнього процесу у класі з інклюзивним навчанням; надає допомогу учням з особливими освітніми потребами в організації робочого місця;

проводить спостереження за дитиною з метою вивчення її індивідуальних особливостей, схильностей, інтересів і потреб; допомагає концентрувати увагу, сприяє формуванню саморегуляції та самоконтролю учня; співпрацює з фахівцями, які безпосередньо працюють з дитиною з особливими освітніми потребами та беруть участь у розробці індивідуальної програми розвитку. Асистент учителя забезпечує разом з іншими працівниками здорові та безпечні умови навчання, виховання та праці. Веде педагогічну документацію.

Навчально-розвивальна: асистент учителя, співпрацюючи з учителем класу, надає освітні послуги, спрямовані на задоволення освітніх потреб учнів; здійснює соціально-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами, дбає про професійне самовизначення та соціальну адаптацію учнів. Сприяє розвитку дітей з особливими освітніми потребами, покращенню їхнього психоемоційного стану. Стимулює розвиток соціальної активності дітей, сприяє виявленню та розкриттю їхніх здібностей, талантів, обдарувань шляхом їхньої участі в науковій, технічній, художній творчості. Створює навчально-виховні ситуації, обстановку оптимізму та впевненості у своїх силах і майбутньому.

Діагностична: разом із групою фахівців, які розробляють індивідуальну програму розвитку дітей з особливими освітніми потребами, оцінює навчальні досягнення учнів; виконання індивідуальної програми розвитку, вивчає та аналізує динаміку розвитку учня.

Прогностична: на основі вивчення актуального та потенційного розвитку дитини бере участь у розробці індивідуальної програми розвитку.

Консультативна: постійно спілкується з батьками, надаючи їм необхідну консультативну допомогу; інформує вчителя класу та батьків про досягнення учня. Дотримується педагогічної етики, поважає гідність дитини, захищає її від будь-яких форм фізичного або психічного насильства. Постійно підвищує свій професійний рівень, педагогічну майстерність, загальну культуру.

Асистент вчителя має мати комунікативні та організаційні здібності, здатність співчувати, співпереживати; ціннісні

орієнтації, спрямовані на розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, на творчу педагогічну діяльність, навички врегулювання конфліктних ситуацій.

10.3. Особливості діяльності інших фахівців в інклюзивному середовищі

Учитель-дефектолог – це педагог, який проводить поглиблене обстеження особливостей розвитку кожної дитини, визначає її здатність до навчання, проводить роботу, спрямовану на розвиток дитини; працює з дітьми, які мають затримку психічного розвитку, інтелектуальну недостатність та проводить корекційно-виховну роботу з дітьми цієї категорії, у тому числі: проводить консультування батьків, під час якого батьки навчаються необхідних прийомів навчання й виховання своєї дитини; підвищує пізнавальну активність і розвиває основні психічні процеси в дітей (сприйняття, увага, пам'ять, мислення та ін.); розвиває комунікативну та мовну діяльність дітей.

Завдання практичного психолога ґрунтуються на основі посадових обов'язків психолога школи та вимог навчального закладу, а саме: діагностика та корекція проблем у поведінці окремих учнів; визначення рівня розвитку пізнавальних процесів пам'яті, уваги, уяви, мислення, сприйняття; психологічний супровід учнів 1 – 5-х класів у процесі їх адаптації до навчання; аналіз сімейного виховання учнів і його впливу на поведінку та навчальну мотивацію.

Зазначені завдання реалізуються через такі напрями роботи, як:

- діагностична робота;
- корекційно-розвивальні заняття;
- психологічні тренінги;
- психологічні консультації;
- просвітницька діяльність;
- участь у роботі батьківських зборів;
- відвідування та аналіз уроків.

Учитель-тифлопедагог – це педагог, який працює зі слабозорими та тотально незрячими дітьми, а також здійснює корекційно-виховну роботу з дітьми цієї категорії, у тому числі: організує простір класу таким чином, щоб незрячій чи слабозорій

дитині було зручно й безпечно перебувати в ньому; адаптує матеріали для уроків, адаптує навчальні посібники, програми, тестові завдання так, щоб вони були доступними для дитини.

Учитель-сурдопедагог – це педагог, який працює зі слабочуючими та тотально нечуючими дітьми та проводить корекційно-виховну роботу з дітьми цієї категорії, у тому числі: вивчає та фіксує стан слухо-мовленнєвого розвитку дітей, його відповідну динаміку; проводить заняття з формування вимови та розвитку слухового сприймання, які спрямовані на формування усного мовлення дітей з порушеннями слуху – його сприймання, диференціації та відтворення.

Учитель-логопед – це педагог, який працює з дітьми, які мають мовленнєві порушення, а також здійснює корекційно-виховну роботу з дітьми цієї категорії, у тому числі: проводить навчально-виховну та корекційну роботу з дітьми, які мають мовленнєві порушення; розробляє оптимальну педагогічну стратегію, проектує шляхи навчання й виховання кожної дитини з мовленнєвими порушеннями; постійно підтримує зв'язки з батьками.

10.4. Педагогічна діагностика та оцінювання навчальних досягнень учнів

Учитель має розуміти медичний діагноз, бути обізнаним із висновком ПМПК, дотримуватися їхніх рекомендацій. При цьому вивчення суб'єктів навчального процесу є невід'ємним компонентом підготовки до навчального процесу.

Педагогічна діагностика – вивчення особистості учня і колективу з метою забезпечення індивідуального і диференціального підходу у процесі навчання і виховання.

За результатами діагностики вчитель початкових класів встановлює: характер фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних відхилень; учнів, які потребують психолого-педагогічної, соціальної та медичної допомоги; методику соціально-педагогічної роботи.

Педагогічна діагностика включає: визначення загальної психолого-педагогічної характеристики суб'єкта діагностики; оцінку змісту виявлених індивідуальних властивостей суб'єкта діагностики (відомості про структуру дефекту); оцінку рівня

розвитку об'єкта та його окремих властивостей (спільність характеристик порушень розвитку дитини й наявність різних ускладнень) (І. Демченко).

В інклюзивному класі частина дітей з особливими освітніми потребами за психолого-соціальним параметром готовності до школи помітно відстає від ровесників, вони мають низький рівень готовності, а тому не вміють планувати і контролювати свої дії, мотивація низька, не вміють слухати співрозмовника і виконувати логічні операції.

Учитель має знати класифікації первинних порушень здоров'я за їх рівнем важкості, або виправити чи попередити виникнення можливих вторинних відхилень. Отримані дані заносить у спеціальну діагностичну карту, результати використовує для створення індивідуальної програми розвитку особливої дитини і соціального паспорту класу.

За матеріалами діагностики вчитель початкових класів складає психолого-педагогічну характеристику на кожного учня за схемою (З. М. Шевців).

Схема вивчення дитини

1. Загальні відомості про дитину.
2. Стан здоров'я (за медичною карточкою) та особливості фізичного розвитку, відповідність фізичного розвитку до віку (ріст, вага, недоліки зору, слуху, порушення постави тощо)
3. Спрямованість особистості (егоїстична, практична, суспільна; характеристика основних мотивів; поглядів і переконань, інтересів, цінностей, схильностей).
4. Самооцінка (занижена, завищена, адекватна), рівень домагань, відповідність; вимогливість до себе; ставлення до критичних зауважень вчителів і товаришів; ставлення до самовиховання і його прояв.
5. Темперамент. Риси якого типу темпераменту переважають: меланхолічного, холеричного, флегматичного, сангвіністичного.
6. Особливості емоційно-вольової сфери. Характер емоційної реакції на педагогічний вплив. Розвиток почуттів: моральних, інтелектуальних, їхня глибина і стійкість, ступінь емоційної збудженості, зовнішня вираженість емоційних

переживань; вольові особливості: цілеспрямованість, самостійність.

7. Здібності (загальні і спеціальні).

8. Характер. Які позитивні або негативні якості характеру в поведінці проявляються у ставленні до учіння, праці: активність, дисциплінованість, добросовісність, відповідальність, легковажність, безпечність, впертість, брехливість; у ставленні до людей (старших і молодших): поважність і уважність, доброта, грубість, егоїзм, пихатість, жорстокість; до самого себе: скромність, гідність. Наявність шкідливих звичок: куріння, лихослів'я, вживання спиртних напоїв, наркотичних засобів.

9. Характеристика міжособистісних взаємовідносин:

а) у сім'ї (умови сімейного виховання, характеристика сім'ї за структурою, матеріальним забезпеченням, виховному потенціалу, особливостями стосунків між дорослими членами сім'ї, позиція дитини в сім'ї);

б) у класному колективі (характеристика класного колективу, соціальний статус учня, його роль в колективі: лідер, популярний, ізольований, прийнятий, ставлення до думки колективу, симпатії, антипатії, ставлення до своєї позиції в класі);

в) у сфері спілкування (з ким спілкується у вільний час, до складу якої групи належать, яка спрямованість групи, яку позиція займає в групі вільного спілкування, які запити задовольняє, як і з ким бажає проводити дозвілля).

10. Участь у різних видах діяльності:

а) ставлення до навчальної діяльності (успішність, рівень знань, сформованість навчальних навичок; основні мотиви учіння, зацікавленість до навчальних предметів; особливості пам'яті, мислення, рівень розвитку уваги);

б) ставлення до трудової діяльності (наявність трудових навичок, умінь; яким видам роботи надає перевагу; схильність до довготривалої праці; участь в суспільно корисній роботі; домашні обов'язки);

в) виявлення стійкої зацікавленості до будь-якого виду діяльності (гуртка, секції, клубу);

г) наявність професійної спрямованості (намагання, орієнтація, мотиви вибору майбутньої професії).

11. Причини відхилення у поведінці:

а) відхилення від норми в стані здоров'я (порушення в фізичному і психічному здоров'ї, невідповідність фізичному розвитку, відставанні у рості, акцентуація характеру, неврози, дефекти пам'яті, мислення);

б) порушення в сфері міжособистісних взаємовідносин (непопулярний, неприйнятний, ігнорований, ізольований в класному колективі; долучається до колективу ціною жертв, втрат; конфліктний, відчужений, безконтрольний, виштовхнутий);

в) помилки педагогів (завищення педагогічної сили; позбавлення дитини індивідуальних стимулів; покарання, пов'язані з приниженням особистості дитини; суперечливість вимог; конфлікти між батьками і педагогами; поверхові відомості про дитину тощо);

г) помилки сімейного виховання ("запещене дитя", "задавлене дитинство", "загублене дитинство", "одиноке дитинство", "байдуже дитинство"); відсутність елементарних психолого-педагогічних знань, перекладання піклування на школу; відсторонення дитини від фізичної праці; конфлікти в сім'ї тощо;

д) соціальні причини (суперечності в суспільстві, мікросоціумі);

е) психотравматичні ситуації.

12. Педагогічні висновки.

Учитель початкових класів зобов'язаний зробити соціальний паспорт класу, завдяки якому може вчасно і адекватно надавати соціальну допомогу, проводити корекційно-виховні заходи, спрямовані на навчання та виховання школяра.

Соціальний паспорт класу

1. Кількість дітей у класі.
2. З них із сімей:
 - робітників;
 - службовців;
 - підприємців;
 - безробітних.
3. Круглих сиріт.
4. Дітей без батьківської опіки.
5. Дітей напівсиріт.

6. Дітей з інвалідністю.
7. Дітей, які мають статус Чорнобильців та внутрішніх мігрантів.
8. Дітей з багатодітних сімей.
9. Дітей з малозабезпечених сімей.
10. Дітей з неповних сімей.
11. Дітей з неблагополучних сімей.
12. Хворих дітей.
13. Дітей, що навчаються вдома.
14. Дітей, що перебувають на обліку в міліції.
15. Дітей, які стоять на внутрішкільному обліку, схильні до правопорушень.
16. Дітей, які отримують матеріальну допомогу.
17. Дітей, які користуються безкоштовними підручниками.
18. Дітей, які харчуються безкоштовно.
19. Дітей, які доїжджають на навчання.

Отже, діагностична функція соціально-педагогічної діяльності є складовою інклюзивної компетентності вчителя початкових класів, яка спрямована на виявлення можливостей і потреб кожної дитини.

Оцінювання навчальних досягнень учнів в інклюзивному класі

Важливим є оцінювання навчальних досягнень дітей з особливими освітніми потребами, яке здійснюється за критеріями оцінювання навчальних досягнень школярів у системі загальної середньої освіти, затвердженими наказом МОН України від 13.04.2011 № 329.

Поряд із традиційними, орієнтованими на об'єктивні кількісно-якісні показники виконання роботи, учителям доцільно урізноманітнити й розширити перелік критеріїв оцінювання досягнень дітей з особливими потребами і брати до уваги й суб'єктивні: старанність дитини, її готовність до роботи над удосконаленням завдання, мотивацію, добрі наміри тощо.

Учням з особливими освітніми потребами, які навчалися в інклюзивному класі, видається документ встановленого зразка для загальноосвітнього навчального закладу. У додатку до свідоцтва про базову загальну середню освіту або атестата про повну загальну середню освіту вказуються лише ті предмети, які

вивчав учень у школі. Для осіб, звільнених від державної підсумкової атестації, у додаток до свідоцтва про відповідний рівень освіти виставляються річні бали і робиться запис «звільнений» (Інструктивно-методичний лист «Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання», розроблений з метою реалізації Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 року № 872).

У процесі оцінювання індивідуальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами часто використовують такий метод оцінювання, як портфоліо – накопичувальна система оцінювання, що передбачає формування уміння учнів ставити цілі, планувати й організовувати власну навчальну діяльність; накопичення різних видів робіт, які засвідчують їхній поступ в індивідуальному розвитку; активну участь в інтеграції кількісних і якісних оцінок; підвищення власної самооцінки.

Література

1. Альохіна С. Інклюзивна освіта в Україні: здобутки, проблеми та перспективи: резюме аналітичного звіту за результатами комплексного дослідження / С. Альохіна. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.twirpx.com/file/974948>.
2. Будник О. Б. Інклюзивна освіта : навчальний посібник [для студентів спеціальності «Початкова освіта»] / О. Б. Будник. – Івано-Франківськ : ПП Бойчук А.Б., 2015. – 152 с.
3. Данілявічуте Е. А. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі : навч.-метод. посібник / Е. А. Данілявічуте, С. В. Літовченко / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. – К. : Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 360 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
4. Інклюзивна освіта від А до Я : poradnik [для педагогів і батьків] / укладачі Н. В. Заєркова, А. О. Трейтяк. – К., 2016. – 68 с.
5. Інклюзивна освіта : стан і перспективи розвитку в Україні : матеріали науково-практичної конференції. – К., 2007. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: ussf.kiev.ua/ieeditions/51/1/
6. Інструктивно-методичний лист МОН молодь спорт №1/9-384 dsl 18/05/2012 р. «Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/29627.

7. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 346 с.

8. Концепція розвитку інклюзивної освіти (від 01.10.2010 р.) // Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання. Наказ МОН №912 від 01.10.2010 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/9189.

9. Луговський А. та ін. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей / А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Луцьк : Колесо, 2008. – С. 49–60.

10. Пантюк Т. І. та ін. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник. – 2-ге видання, доповнене і перероблене / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П. Пантюк. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ, 2009. – 324 с.

11. Сак Т. Контроль та оцінювання соціальної компетентності учнів з особливостями психофізичного розвитку в інклюзивному класі // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №4 (58). – 2010. – С. 8 – 11.

12. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки [текст] : підручник / З. М. Шевців. – К. : «Центр учбової літератури», 2016. – 248 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

Питання для самоконтролю до розділу 1

1. Обґрунтуйте актуальність впровадження інклюзії в Україні в руслі євроінтегрування до світового освітнього простору. Які її позитивні та негативні тенденції щодо розвитку в Україні?

2. Чи існують проблеми стихійного інтегрування дітей з особливими потребами в освітній простір України? Які, на Вашу думку, шляхи розв'язання цих проблем?

3. Назвіть і проаналізуйте основні міжнародні документи в галузі прав осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

4. На основі теоретичних знань визначте зобов'язання держав, які ратифікували: Конвенцію ООН про права дитини, стаття 28: «Держави визнають право дитини на освіту, з метою поступової реалізації цього права на основі надання рівних можливостей вони повинні ...» та Конвенцію ООН про права людей з інвалідністю.

5. Проаналізуйте статтю 23 Конвенції про права дитини, де зазначається, що «Неповносправна в розумовому чи фізичному відношенні дитина повинна мати повноцінне і достойне життя в нормальних умовах, які сприяють зростанню впевненості в собі та забезпечують її участь у житті суспільства... Дитина з інвалідністю має право на особливий догляд, освіту, допомогу, аби мати повноцінне і гідне життя в умовах, що забезпечують максимальну самостійність і соціальну інтеграцію» та визначте, чи закріплені ці права в основних законах України.

Питання для самоконтролю до розділу 2

1. Дайте змістову характеристику інклюзивному навчанню та інтегрованому навчанню.

2. У чому сутність і відмінність термінологічних трактувань: «аномальні діти» – «діти з особливими освітніми потребами»?

3. Які категорії дітей належать до «дітей з особливими потребами»?

4. Як класифікують порушення психофізичного розвитку у дітей?

5. Які позитиви від навчання в інклюзивному середовищі отримують діти з типовим розвитком?

6. Скористайтеся статтею Тіма Лормана «Сім стовпів підтримки інклюзивної освіти. Як перейти від запитання «Чому» до запитання «Як?». Охарактеризуйте кожен зі «стовпів».

Питання для самоконтролю до розділу 3

1. Розкрийте актуальні проблеми і перспективи майбутнього розвитку сурдопедагогіки.

2. Проаналізуйте роль слуху в розвитку дитини.

3. Дайте характеристику різних груп дітей із порушенням слухової функції.

4. Обґрунтуйте основні причини розладів слуху.

5. Визначте загальні та відмінні риси розвитку глухої, пізнооглухлої та слабочуючої дитини.

6. Поясніть, як впливають глибокі порушення слуху на особливості психічного розвитку дитини.

7. Обґрунтуйте шляхи соціальної адаптації дітей з порушеннями слуху.

8. Що називають міміко-жестикуляторною мовою?

Питання для самоконтролю до розділу 4

1. Поясніть, як впливають глибокі розлади зору на особливості психічного розвитку дитини.

2. За якими ознаками диференціюють дітей із дефектами зорового аналізатора?

3. Чим відрізняється розвиток сліпих і слабозорих дітей?

4. Яку профілактичну роботу потрібно проводити з дітьми, котрі мають порушення зору?

5. Визначте умови та причини ефективності дотикового читання сліпих.

Питання для самоконтролю до розділу 5

1. Схарактеризуйте поняття мовленнєвого розладу.

2. Назвіть причини, що викликають порушення мовлення.

3. Обґрунтуйте вплив мовленнєвих порушень на розвиток дитини.

4. Що таке «фонетично недорозвинене мовлення»?

5. Як проявляється артикулярно-акустична дисграфія у дітей із порушеннями звуковимови?

6. До яких помилок на рівні складу, слова, речення призводить у дітей несформованість мовленнєвого аналізу та синтезу?

7. Робота яких аналізаторів є необхідною умовою здійснення писемного акту?

8. Охарактеризуйте особливості взаємодії вчителя і дитини з порушенням мовлення.

Питання для самоконтролю до розділу 6

1. Чим відрізняється ЗПР від порушення інтелектуального розвитку?

2. Схарактеризуйте розвиток дитини з ускладненою формою інфантилізму.

3. Чим схожі і чим відрізняються діти із психофізичним інфантилізмом від дітей-астеніків?

4. Як поділяють олігофренів за глибиною інтелектуального дефекту?

5. Назвіть основні вимоги до корекційної роботи з дітьми-олігофренами.

6. На які чинники принципово важливо звернути увагу в роботі з дітьми з такими психічними захворюваннями, як епілепсія, шизофренія, синдром Дауна тощо?

7. Якими є причини розладів психічного здоров'я підростаючого покоління?

8. Назвіть причини шкільної неуспішності.

Питання для самоконтролю до розділу 7

1. Назвіть основні причини порушень опорно-рухового апарату у дітей. Поясніть, як ці розлади позначаються на особливостях розвитку дитини.

2. Охарактеризуйте основні види порушень опорно-рухового апарату у дітей.

3. Дайте загальну характеристику дитячого церебрального паралічу.

4. Назвіть фактори ризику ДЦП у дітей.

5. Які симптоми дитячого церебрального паралічу у дітей?

6. Назвіть головні напрями корекційно-виховної роботи при порушеннях опорно-рухового апарату у дітей.

Питання для самоконтролю до розділу 8

1. У чому вбачаєте позитивні моменти залучення дітей з особливими потребами до навчання в шкільному колективі?

2. Як здійснюється взаємодія школи та психолого-медико-педагогічної консультації в інклюзивному процесі?

3. Які документи потрібні для проведення консультації в ПМПК?

4. Чи можуть батьки бути присутніми під час оцінювання розвитку своєї дитини?

5. Що таке висновок ПМПК?

6. Чи може практичний психолог звернутися у психолого-медико-педагогічну консультацію із заявою про здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини, яка відвідує загальноосвітній заклад освіти?

7. У сучасних умовах спостерігається тенденція закриття спеціальних шкіл та інтернатів для дітей, що потребують корекції розумового, психічного чи фізичного розвитку. У чому вбачаєте позитивні аспекти цього процесу?

Питання для самоконтролю до розділу 9

1. Із яких компонентів складається індивідуальна програма розвитку (ІПР)?

2. Хто складає індивідуальну програму розвитку для дитини? Скільки часу діє індивідуальна програма розвитку (ІПР)?

3. Чи обов'язковим є підписання індивідуальної програми розвитку батьками дитини?

4. Що є підставою для організації індивідуальної форми навчання?

5. Що першочергово враховують у процесі складання індивідуальних планів і програм для дітей з особливими освітніми потребами?

6. У чому полягає сутність застосування різного роду адаптації та модифікацій в інклюзивному процесі?

7. Чому саме батьки повинні мати визначальне право у виборі освітніх послуг для своєї дитини, контролювати, стежити за процесом навчання, брати у ньому участь?

8. Багато батьків вважають доцільнішим для своєї дитини з особливими освітніми потребами навчання вдома (гувернерство). Чому, на Вашу думку, вони надають переваги саме індивідуальному навчанню дитини?

9. Як здійснюється зарахування дітей з особливими освітніми потребами в навчальний заклад? Хто в навчальному закладі відповідає за організацію інклюзивної освіти?

Питання для самоконтролю до розділу 10

1. Охарактеризуйте поняття «професійне співробітництво міждисциплінарної команди спеціалістів в інклюзивному середовищі».

2. У яких нормативно-правових документах зазначена посада асистента?

3. Якими є основні завдання й функції асистента вчителя в освітньому процесі?

4. Які послуги, окрім освітніх, може отримати дитина з особливими освітніми потребами в загальноосвітньому навчальному закладі?

5. Хто ще може надавати додаткові послуги дитині з особливими потребами у процесі навчання та якими є функції цих фахівців?

6. Де можна отримати супровід вузьких спеціалістів (учитель-логопед, учитель-дефектолог, учитель-сурдопедагог, учитель-тифлопедагог) окрім навчальних закладів?

7. Які критерії оцінювання дітей з особливостями психофізичного розвитку? В чому особливості безбального оцінювання учнів?

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Адаптація в інклюзивному навчанні – це процес, що змінює характер навчання, не змінюючи змісту або понятійної сутності навчального завдання.

Аграфія – повна нездатність до оволодіння навичками письма.

Алалія – відсутність або недорозвиненість мовлення внаслідок органічного пошкодження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

Аменція – порушення свідомості, що характеризується сплутаністю і незрозумілістю думок, руховим неспокоєм, іноді галюцинаціями.

Амнезія – порушення пам'яті із втратою здатності фіксувати, зберігати й відтворювати набуті знання.

Артрогрипоз – гостре інфекційне вірусне захворювання (ураження суглобів грипоною інфекцією).

Астенія – слабкість, безсилля, ослабленість організму загалом або деяких його нервово-психічних функцій.

Астигматизм – одна з аномалій здатності заломлюваності ока.

Атрофія – патологічні зміни в будові тканин організму, пов'язані з порушенням обміну речовин у них, що призводить до розладу їхніх функцій.

Аутизм – хворобливий стан психіки, що характеризується зосередженістю людини на своїх переживаннях, відходом від реального зовнішнього світу.

Афазія – цілковита або часткова втрата раніше сформованого мовлення, пов'язана з локальними ураженнями головного мозку: судинними порушеннями, запальними процесами, черепно-мозковими травмами (синоніми – розпад, втрата мовлення).

Афект – сильне емоційне переживання.

Брадилалія – патологічно повільний темп мовлення. Виявляється у повільній артикуляції, яка зумовлена порушенням мовних центрів у корі головного мозку.

Втрата здоров'я – наявність хворіб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного та соціального неблагополуччя людини.

Глухі діти – діти, у яких глибоке стійке двостороннє порушення слуху є вродженим або набутиим у ранньому дитинстві до того, як сформувалося мовлення.

Глухота – це тяжкі порушення слуху, внаслідок яких людина не здатна сприймати звукову інформацію в будь-яких або майже будь-яких формах.

Дактилологія (від гр. «daktylos» – «палець», «logos» – «слово») – ручна азбука, спеціальний пальцевий алфавіт, у якому кожна буква передається дотиком пальців «мовця» до певних точок долоні «слухача».

Далекозорість – один із видів рефракції ока, при якому промені, що йдуть від далеких предметів, недостатньо заломлюються середовищами ока і з'єднуються позаду сітківки, на якій утворюється нечітке зображення.

Дальтонізм – один із видів часткової колірної сліпоти, розлад колірного зору.

Девіантна поведінка – система дій і вчинків людей, що суперечать соціальним нормам.

Дефектологія – наука про закономірності та особливості розвитку, виховання і навчання різних категорій людей з психофізичними порушеннями.

Дефект – вада, недолік, пошкодження у фізичному або психічному стані людини, дитини.

Дизартрія – порушення вимови, зумовлене органічною недостатністю іннервації мовного апарату (синоніми – недорікуватість, невиразна мова).

Дисграфія – часткові специфічні розлади процесу письма. Проявляються у нестійких оптико-просторових образах букв, у перекрученнях звукоскладового наповнення слова і структури речення.

Дислалія – порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій іннервації мовного апарату (синоніми – недорікуватість; дефекти звукової мови, фонетичні дефекти, недоліки вимови фонем).

Дислексія – порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвиненням деяких ділянок кори головного мозку.

Дисфонія (афонія) – відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату (синоніми – порушення голосу, порушення фонації, фонаторні порушення, вокальні порушення).

Дитина – особа у віці від 0 до 18 років.

Діти з особливими освітніми потребами – поняття, яке охоплює всіх учнів, чії освітні потреби виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно стосується дітей із порушеннями психофізичного розвитку, в т. ч. дітей з інвалідністю, обдарованих дітей, учнів із соціально вразливих груп (наприклад, сиріт, вихідців із неповних сімей та ін.).

Діти з порушеннями психофізичного розвитку – діти, які мають фізичні (або) психічні порушення, що відображаються на їхньому психічному розвитку й перешкоджають засвоєнню соціокультурного досвіду без спеціально створених умов.

Діти з комплексними дефектами – це діти, у яких первинний дефект пов'язаний не з одним, а з низкою факторів.

ДЦП – пошкодження рухових систем головного мозку.

Життєдіяльність – повсякденна діяльність, здатність людського організму здійснювати діяльність у спосіб і в межах, звичайних для людини.

Загальна депресія – пригнічений стан, при якому все уявляється у похмурих кольорах.

Заїкання – порушення темпоритмічного аспекту мовлення, зумовлене судорожним станом м'язів мовного апарату.

Затримка психічного розвитку(ЗПР) – порушення нормального темпу психічного розвитку, при якому дитина, досягнувши шкільного віку, залишається в колі дошкільних, ігрових інтересів.

Зір – оптичне сприймання, яке здійснюється завдяки зоровому аналізатору.

Індивідуальний навчальний план – це документ, який містить детальну інформацію про дитину й освітні послуги, які вона має отримувати; містить перелік навчальних предметів, послідовність їх вивчення, кількість годин, що відводяться на вивчення кожного предмета за роками навчання, та тижневу кількість годин. У плані враховуються додаткові години на індивідуальні і групові заняття, курси за вибором, факультативи тощо.

Індивідуальна навчальна програма учня з особливими освітніми потребами у класі з інклюзивним навчанням – це документ, який розробляється на основі типових навчальних програм загальноосвітніх закладів освіти, у тому числі спеціальних, з відповідною їх адаптацією. Навчальна програма визначає зміст, систему знань, навичок і вмінь, які мають опанувати учні в навчальному процесі з кожного окремо взятого предмету, а також зміст розділів і тем.

Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти учням з особливими освітніми потребами шляхом організації їхнього навчання у загальноосвітніх школах з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що передбачає навчання дитини з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього закладу з обов'язковим фаховим психолого-педагогічним супроводом з метою забезпечення основного права на освіту й права навчатися за місцем проживання.

Інклюзивна школа – заклад освіти, який забезпечує інклюзивне навчання як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи й форми навчання, використовує наявні в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб учнів, створює позитивний клімат у шкільному середовищі.

Інклюзія (inclusion (англ.) – залучення) – повне залучення дітей з відмінними здібностями в усі напрями шкільної освіти, які є доступними для інших учнів.

Інтеграція освітня – передбачає надання можливості учням з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи з метою опанування програми масової або спеціальної школи, надання їм необхідних освітніх послуг.

Катамнез – відомості, одержувані про хворого після закінчення лікування. Періодичний збір інформації про процес навчання, життя учнів, які перебували під спеціальним спостереженням.

Колобоми – дефекти тканини повік або оболонок очного яблука.

Компенсація (від лат. «compensation» – «відшкодування», «врівноваження») у загальнобіологічному трактуванні означає одну з форм пристосування організму до умов існування.

Корекція (від лат. «correction» – «поліпшення», «виправлення») – сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку дитини.

Короткозорість – один із видів рефракції ока, при якому промені, що йдуть від предметів, недостатньо заломлюються середовищами ока і з'єднуються попереду сітківки, на якій утворюється нечітке зображення.

Курикулум – навчально-методичне забезпечення інклюзивної освіти.

Логопедія – галузь наукової і практичної дефектології, яка займається вивченням, запобіганням і корекцією порушень мовлення.

Медична реабілітація – система лікувальних заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму інваліда, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення людини з особливими потребами до нормальної життєдіяльності.

Мікрофтальм – аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розмірів одного або обох очей у різних ступенях вираженості.

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

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

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

Олігофренопедагогіка – галузь спеціальної педагогіки, наука про виховання, навчання і шляхи корекції недоліків розвитку дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Отоларингологія – галузь медицини, що вивчає захворювання вуха, горла, носа.

Офтальмологія – галузь медицини, що вивчає захворювання зору.

Пізнооглухлі діти – діти, які втратили слух після того, як мовлення у них сформувалося, і тому збереглися тією чи тією мірою.

Поліомієліт – гостре інфекційне захворювання центральної нервової системи, що вражає сіру речовину спинного мозку.

Портфоліо – це накопичувальна система оцінювання, що передбачає формування уміння учнів ставити цілі, планувати й організовувати власну навчальну діяльність; накопичення різних видів робіт, які засвідчують їхній поступ в індивідуальному розвитку; активну участь в інтеграції кількісних і якісних оцінок заради підвищення власної самооцінки.

Порушення інтелектуального розвитку – стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи (головного мозку).

Прогресуючі дефекти зору – поступове погіршення зорових функцій, пов'язане з перебігом патологічного процесу.

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

Психічний і психофізичний інфантізм (від лат. «infantilis» – «дитячий») характерний тим, що дитина, яка перебуває на певному етапі розвитку, виявляє риси, притаманні дитині молодшого віку.

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

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

Психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки інвалідом

своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи.

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

Психопатія – патологія психічної діяльності, що характеризується передусім дисгармонією в емоційно-вольовій сфері та у сфері почуттів.

Реабілітація (від лат. «rehabilitatio» – «відновлення») – комплекс медичних, педагогічних, професійних заходів, які спрямовані на відновлення (чи компенсацію) порушених фізіологічних і психічних функцій організму і працездатності людей з інвалідністю, а також осіб, які постраждали під час соціальних потрясінь (природні лиха, війни та ін.).

Рельєфно-крапковий шрифт Брайля – шрифт, у якому кожна буква, цифра, розділові знаки передаються різними комбінаціями випуклих крапок, які сприймаються дотиком пальців руки до паперу.

Ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, які зумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовного апарату (синоніми – гугнявість, палатолалія). Проявляється у патологічній зміні тембру голосу та спотвореній звуковикові внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини (носового резонатора) у голосотворенні.

Синдром Дауна – одна з форм олігофренії, що спричиняється порушенням хромосомного набору.

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

Слабочуючі (туговухі) діти – діти з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем вираженості, яка є причиною порушення мовленнєвого розвитку.

Сліпоглухонімі діти – діти з повним або частковим ураженням функцій як зорового, так і слухового аналізаторів.

Сліпоглухота – це комбіноване порушення органів зору і слуху, при якому спостерігаються тяжкі розлади розвитку, зокрема комунікативних навичок.

Слух – здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового (або звукового) аналізатора.

Соматогенна астенія пов'язана із загальними соматичними захворюваннями організму (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом).

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

Стаціонарні дефекти зорового аналізатора – це вроджені його пороки.

Сурдопедагогіка – галузь спеціальної педагогіки, наука про виховання, навчання й освіту дітей із порушеннями слуху.

Тахилалія – патологічно пришвидшений темп мовлення (синонім – тахифразія).

Тифлопедагогіка – галузь спеціальної педагогіки, наука про виховання, навчання й освіту дітей із порушеннями зору.

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

Церебральна астенія – нервово-психічна слабкість, зумовлена захворюваннями мозку (інфекції, травми).

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Альохіна С. Інклюзивна освіта в Україні: здобутки, проблеми та перспективи: резюме аналітичного звіту за результатами комплексного дослідження / С. Альохіна. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.twirpx.com/file/974948>.
2. Аналіз законодавства України щодо відповідності міжнародним вимогам забезпечення рівних прав у здобутті освіти для дітей з особливими потребами [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.education-inclusive.com/materiali-shho-prisvyachenii-inklyuzivnij/> – Назва з екрану
3. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. Кн. 1 : Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади : навч-метод. видання / І. Д. Бех. – К. : Либідь, 2003. – 280 с.
4. Бондар В. Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен / В. Бондар // Рідна школа. – 2011. – №3. – С.10 – 14.
5. Бондар В. Чи приживеться північноамериканська модель інклюзії в Україні / В. Бондар, В. Синьов, В. Тищенко // Рідна школа. – № 8 – 9. – 2012. – С. 20 – 25.
6. Будник О. Б. Інклюзивна освіта : навчальний посібник [для студентів спеціальності «Початкова освіта»] / О. Б. Будник. – Івано-Франківськ : ПП Бойчук А.Б., 2015. – 152 с.
7. Василенко О. М. Соціально-педагогічна робота з учнями з особливими потребами в загальноосвітній школі інклюзивної орієнтації [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.vmurol.com.ua/upload/publikatsii/Problemi_studentiv_z_invalidnistyu/pdf/Vasilenko_Soc_ped_robota.pdf (дата звернення: 06.08.2013). – Назва з екрану.
8. Выготский Л. С. Собр. соч. в 6-ти т. / Л. С. Выготский. – М.: Изд-во Акад. пед. наук, 1983. – Т. 5. Основы дефектологии / под ред. Т. А. Власовой. – 1983.– 369 с.
9. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання : навч. посібник [для педагогів і шкільних психологів] / Т. Д. Ілляшенко, Н. А. Бостун, Т. В. Сак. – К. : ІЗМН, 1997. – 128 с.
10. Давиденко Г. В. Нормативно-правове забезпечення інклюзивної освіти в Італії/ Галина Давиденко// Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». – 2013. – № 2 (8). – С. 65 – 70.
11. Даниелс Е. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів // Е. Деніелс, К. Стаффорд. – Львів: Т-во «Надія», 2000. – 255 с.
12. Данілявічуте Е.А. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі : навч.-метод. посібник / Е. А. Данілявічуте, С. В. Літовченко / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. – К. : Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 360 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

13. Діксон Шерел «Інклюзія, а не сегрегація або інтеграція, – ось що потрібно учневі з особливими потребами [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ussf.kiev.ua/icarticles/?page_nom=2 – Назва з екрану.
14. Дорошенкова О. Усунення мовних вад звуковимови молодших школярів. Прийоми виявлення мовних порушень / О. Дорошенкова // Початкова освіта. – 2000. – № 46 (додаток до газети). – С. 1 – 8.
15. Дорошенкова О. Як виявити мовні порушення у дитини (Вади мовлення. Консультація логопеда) / О. Дорошенкова // Початкова освіта. – 2000. – № 18. – Травень. – С. 8.
16. Євтух М. Б. Соціальна педагогіка : підручник / М. Б. Євтух. – 2-е вид., стереотип. – К. : МАУП, 2003. – 232 с.
17. Єфімова С.М. Лідерство та інклюзивна освіта : навч.-метод. посібник / С. М. Єфімова, С. В. Королук / за заг. ред. А. А. Колупасової. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди»», 2011. – 164 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
18. Жосан О. Е. Електронний посібник як засіб початку дітей з особливими освітніми потребами. – Режим доступу : cmsps.edukit.kr.ua/Files/downloads/електрпосібник.doc
19. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради, 1991. – № 2. – С. 252 – 258.
20. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради. – 2001. – № 30. – С. 142 – 150.
21. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради. – 2006. – № 2 – 3. – С. 36 – 42.
22. Ілляшенко Т. Діти з церебральним паралічем у загальноосвітній школі / Т. Ілляшенко // Початкова школа. – 2008. – №11. – С. 58 – 61.
23. Ілляшенко Т.Д. Навчання та соціально-трудова адаптація дітей із затримкою психічного розвитку / Т.Д. Ілляшенко // Педагогіка і психологія. – 1996. – №2. – С. 127 – 135.
24. Ілляшенко Т.Д. Хто вони – ті, що не встигають? / Т.Д. Ілляшенко // Початкова школа. – 1999. – № 3. – С. 25 – 28.
25. Інклюзивна освіта : посібник [для батьків]. Досвід Канади : посібник – К. : Паливода А.В., 2012. – 120 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dnz24.org.ua/inklyuzivna-osvita-shho-ce-take/>
26. Інклюзивна освіта : стан і перспективи розвитку в Україні : Матеріали науково-практичної конференції. – К., 2007. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: ussf.kiev.ua/ieeditions/51/1/
27. Інклюзивна освіта від А до Я : поради [для педагогів і батьків] / укладачі Н. В. Заєркова, А. О. Трейтяк. – К., 2016. – 68 с.
28. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі : практич. посібник / Тім Лорман, Джоан Демплер, Девід Харві ; пер. з англ. – К. : СПД-ФО Парашин І.С., 2010. – 296 с.
29. Інструктивно-методичний лист МОН молоді спорт №1/9-384 дсл 18/05/2012 р. «Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/29627.

30. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 346 с.
31. Колупаєва А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія / А. Колупаєва. – К. : «Самміт-Книга», 2009. – 272 с. : іл. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
32. Колупаєва А.А. Діти з особливими потребами та організація їх навчання : навч.-метод. посібник / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук. – К. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 273 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
33. Колупаєва А.А. Професійне співробітництво в інклюзивному навчальному закладі : навч.-метод. посібник / А.А. Колупаєва, Е.А. Данілявічутє, С. В. Литовченко. – К. : Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 197 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
34. Колупаєва А.А., Савчук Л.О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене : наук.-метод. посібник / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук. – К.: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.
35. Колупаєва А.А. Інклюзивна школа: особливості організації та управління : навч.-метод. посібник / А. А.Колупаєва, Н. З.Софій, Ю. М. Найда. – К. : 2007. – 128 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ussf.kiev.ua/ieeditions/?page_nom - Назва з екрану
36. Конвенція ООН про права людей з інвалідністю [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 – Назва з екрану
37. Конвенція про права дитини. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021
38. Концепція розвитку інклюзивної освіти // Наказ МОН України від 01.10.2010 р. № 912 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://firstedu.org.ua/index.php>. – Назва з екрану.
39. Лапін А.В. Огляд зарубіжного досвіду інклюзивної освіти/ А. В. Лапін // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2013. – Вип. 4(1). – С. 194 – 205.
40. Лебединская К. С. Ранний детский аутизм (клинико-психологическая структура, медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция) // Сборник научных трудов / под ред. Т. А. Власовой, К. С. Лебединской, В. В. Лебединского. – М., 1981.
41. Лист МОН, молоді та спорту України від 18.05.2012 №1/9–384 «Про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах»[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-organizaciyu-inklyuzivnogo-navchannja-u-zagalnoosvitnih-doc103247.html>.
42. Лорман Т. Сім стовпів інклюзивної освіти. Як перейти від запитання «Чому?» до запитання «Як?» // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №3 (57). – 2010. – С. 3 – 11.

43. Мартинчук О. Основи корекційної педагогіки : навч.-метод. посібник [для студентів] / О. Мартинчук. – К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288 с.
44. Моклович Ю.Я. Інклюзивна форма освіти: досвід колективу загальноосвітнього навчального закладу // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – № 1 (65). – 2013. – С. 40 – 44.
45. Мушинський В. Психолого-педагогічний супровід інклюзивного навчання в початковій школі : методичні рекомендації. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita-dnepr.com/index.php/metodichni-rekomendatsiji/1492-psikhologo-pedagogichni-suprovid-inklyuzivnogo-navchannya-v-pochatkovij-shkoli>.
46. Найда Ю. М. Основні принципи інклюзивної освіти : навчально-практичний семінар. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.slideshare.net/ippo-kubg/ss-27878156>
47. Наказ Міністерства освіти і науки України від 12.1.2016 року «Про затвердження Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 3 лютого 2016 року за № 184/28314. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0184-16>.
48. Наказ Міністерства освіти і науки України від 5.6.2015 р. № /9-280 «Про організацію навчально-виховного процесу для учнів з особливими освітніми потребами загальноосвітніх навчальних закладів у 2015/16 навчальному році». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mon.gov.ua/content/Новини/2015/06/15/1-9-280.doc>.
49. Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання / Інструктивно-методичний лист МОН, молоді та спорту № 1/9-384 від 18.05.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/29627/ – Назва з екрану.
50. Основи інклюзивної освіти : навч.-метод. посібник / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. – К.: «А.С.К.», 2012. – 307 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
51. Основи інклюзивної освіти: підручник / Марія Швед. – Львів : Український католицький університет, 2015. – 360 с.
52. Пантюк Т. І. та ін. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник. – 2-ге видання, доповнене і перероблене / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П. Пантюк. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ, 2009. – 324 с.
53. Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах // Постанова Кабінету Міністрів України від 15.08.2011 р. № 872. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-п> – Назва з екрану.
54. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 року №872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF>.

55. Права інвалідів в Україні : зб. правових документів. – К. : Сфера, 1998. – 300 с.
56. Путівник для батьків дітей з особливими потребами : навчально-методичний посібник у 9 книгах / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. – К. : ТОВ ВПЦ «Літопис-ХХ» – 2010. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
57. Садова І. Арт-терапія як сучасний метод у системі соціальної роботи педагога з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку/ Ірина Садова // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Випуск III. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2012. – С. 197 – 205.
58. Садова І. Основи дефектології : підручник / Ірина Садова. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. – 304 с.
59. Садова І. Особливості підготовки майбутнього вчителя до навчання дітей з особливими потребами в умовах інклюзивної освіти / Ірина Садова // Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка / редактори-упорядники В. Ільницький, А. Душний, І. Зимомря. – Дрогобич : Посвіт, 2015. – Вип. 14. – С. 313 – 318.
60. Садова І. Соціально-психологічні проблеми сімей, пов'язані з вихованням дітей з особливими потребами у контексті загальної ситуації в Україні/ Ірина Садова // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праць. Наукові записки РДГУ. Випуск 43. – Рівне : РДГУ, 2010. – С. 89 – 92.
61. Садова І. І. Проблеми та перспективи впровадження інклюзивної освіти в Україні/ Ірина Садова // Молодь і ринок. Щомісячний науково-педагогічний журнал. – 2015. – № 9 (128) вересень. – С. 77 – 82.
62. Садова І. І. Інклюзивна освіта для дітей з особливими освітніми потребами в умовах сучасної початкової школи / Ірина Садова // Молодь і ринок. Щомісячний науково-педагогічний журнал. – № 8 (151) серпень, 2017. – С. 106 – 111.
63. Садова І. І. Формування толерантності учнів початкової школи до дітей з особливими освітніми потребами. Педагогічна освіта: теорія і практика. Збірник наукових праць / КІНУ імені Івана Огієнка; Інститут педагогіки НАПН України. – Випуск 24 (1-2018). – Ч.1. – Кам'янець-Подільський. – 2018. – С. 260 – 265.
64. Садова І. І. Inclusive education abroad: tendencies of the development / Ірина Садова // Kelm: Fundacja Oswiata i nauka bez granic PRO FUTURO. – № 4 (20). – 2017. – P.294 – 307.
65. Скотна Н. В The Use of Art Therapy in Psycho-Pedagogical Support of Children Affected By Internal Migration Processes in Ukraine / Надія Скотна, Микола Пантюк, Ірина Садова // Науково-практичний журнал Південно українського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Наука і освіта. – 2017. – №9. – С. 53 – 58.

66. Сайт з інклюзивної освіти дітей з особливими потребами в Україні. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.education-inclusive.com/>

67. Сак Т. В. Індивідуальний навчальний план учня з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі // Дефектологія. – № 3. – 2010. – С. 12 – 16.

68. Сак Т. Контроль та оцінювання соціальної компетентності учнів з особливостями психофізичного розвитку в інклюзивному класі // Дефектологія. Особлива дитина : навчання і виховання. – № 4 (58). – 2010. – С. 8 – 11.

69. Сак Т.В. Індивідуальне оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі : навч. курс та наук.-метод. посібник – К. : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди»», 2011. – 168 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

70. Сак Т.В. Технологія зворотного зв'язку в інклюзивному навчанні // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – № 4 (64). – 2012. – С. 2 – 5.

71. Саламанкська декларація про принципи, політику та практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами (1994р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://universitypeoplezdorovyua.blogspot.com/2017/04/1994.html>

72. Синьов В., Шевцов А. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні // Дефектологія. – № 2. – 2004. – С. 6 – 11.

73. Синьов В. М. Основи дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 290 с.

74. Соціальна педагогіка : навч. посібник / О. В. Безпалько, І. Д. Зверева, Т. Г. Веретенко; за ред. проф. О. В. Безпалько. – Рек. МОН. – К. : Академвидав, 2013. – 312 с.

75. Соціальна педагогіка : підручник / за ред. проф. А. Й. Капської. – 5-те вид., випр. та доп. – К. : ЦУЛ, 2011. – 488 с.

76. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.

77. Стадієнко Н. Шляхи інтеграції дітей з особливими потребами у суспільство // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / ред. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. – К. : Контекст, 2000. – 336 с.

78. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навч. посібник [для вищих навчальних закладів] / за наук. ред. В. Тарасун. – К., 2004. – 103 с.

79. Тарасюк С. Вчителю про дітей із затримкою психічного розвитку / С. Тарасюк // Початкова школа – 1998. – № 1. – С. 37 – 41.

80. Таточенко В. Якщо у малюка синдром Дауна / В. Таточенко // Сім'я і школа. – 1994. – № 10. – С. 26 – 28.

81. Таранченко О.М. Диференційоване викладання в інклюзивному навчальному закладі : навч.-метод. посібник / О. М. Таранченко, Ю. М.

Найда / за заг. ред. А. А. Колупасові. – К. : Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 124 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

82. Таранченко О. М. Діти з порушеннями слуху в інклюзивному закладі // Дефектологія. Особлива дитина : навчання і виховання. – № 4 (58). – 2010. – С. 3 – 8.

83. Таранченко О. М. Тенденції сучасної освіти: роль педагога у створенні ефективної інклюзивної школи // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №1 (59). – 2011. – С. 18 – 24.

84. Ушакова І. Освіта дітей з особливими потребами: пошук та перспективи / І. Ушакова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2008/97-84-11.pdf>.

85. Хохліна О. Г. Удосконалення змісту освіти школярів з обмеженими розумовими можливостями // Рідна школа. – 2002. – № 2. – С. 37 – 39.

86. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки [текст] : підручник / З. М. Шевців – К. : «Центр учбової літератури», 2016. – 248 с.

87. Warming H. Inclusive discourses in early childhood education? / H. Warming. – Danmark : Roskilde University.

88. Musset M.; Thibert R. Ecole et Handicap : de la séparation à l'inclusion des enfants en situation de handicap - dossier d'actualité n°52, Lyon : Institut National de Recherche Pédagogique, 2010, 16 p.

89. Benoit, H. & Plaisance, E. (Ed) (2009). L'éducation inclusive en France et dans le monde, La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, n°5 (numéro spécial).

90. Eric Gilles Scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers : du compromis entre intégration et inclusion scolaire à l'émergence d'un nouveau modèle éducatif. 2007, 545 p.

91. www.education-inclusive.com/materiali-shho-prisvyachenii-inklyuzivnij/ - сайт канадсько-українського проекту «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні».

92. www.ispukr.org.ua – сайт Інституту спеціальної педагогіки НАПН України.

ДОДАТКИ

Додаток А

ТЕСТ

ГІПЕРАКТИВНА ДИТИНА ЧИ ВСЕ-ТАКИ ХОЛЕРИК?

Частина перша. Чи є у дитини синдром дефіциту уваги (СДУ)?

Перша частина тесту допомагає встановити, чи часто дитина відволікається. Потрібно перевірити кожне з наведених тверджень стосовно дитини.

- Дитина робить помилки через недбалість.
- Дитині дуже важко зосередитися на домашній роботі або інших завданнях.
- Дитині рідко вдається закінчити одну справу до того, як розпочати іншу.
- Складається враження, що дитина не слухає, навіть коли звертаються безпосередньо до неї.
- Дитині бракує організованості, і навіть із допомогою дорослого їй важко набути цієї риси.
- Дитина часто губить особисті речі і забуває домашнє завдання.
- Дитина намагається уникати занять, що потребують тривалої концентрації уваги і значних розумових зусиль.
- Дитина часто забуває зробити якесь завдання, навіть коли їй постійно про це нагадують.
- Дитині важко виконати завдання, коли щось незначне відвертає увагу.

Якщо відзначено шість або більше пунктів, можливо, у дитини неуважний тип СДУ.

Частина друга. Чи є у дитини синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)?

Друга частина тесту оцінює гіперактивність та імпульсивність. Потрібно перевірити кожне з наведених тверджень стосовно дитини.

- Іноді дитина поводить себе як заведена («мов ураган»).
- Дитина завжди здається метушливою і верткою.

- Незважаючи на всі зусилля, дитині важко всидіти на місці, навіть коли від неї цього вимагають.
- Дитина багато говорить, навіть коли сказати нічого.
- Дитина заважає іншим у класі, тому що їй важко спокійно виконувати завдання.
- У класі або вдома дитина відповідає, недослухавши запитання.
- Дитині важко дочекатися своєї черги, тому вона часто відбирає іграшки у товаришів по грі.
- Іноді дитина здається настирливою, постійно втручається в дії та розмови інших людей.

Якщо відзначено шість або більше пунктів, можливо, у дитини гіперактивно-імпульсивний тип СДУГ.

Проте у неї може бути СДУГ, навіть якщо відзначено менше ніж шість пунктів. Існують методи лікування, які допоможуть істотно відкоригувати подібну поведінку, що має неврологічне підґрунтя.

ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА «АВТОПОРТРЕТ»

«Автопортрет» (адаптація Р. Бернса) є однією з проєктивних методик і, як будь-яка інша проєктивна методика, потребує спеціальних знань при опрацюванні результатів. При правильній інтерпретації достовірність отриманих результатів вважатиметься досить високою.

За допомогою «Автопортрету» можна вивчати різні компоненти у структурі особи, насамперед особливості самоусвідомлення, ставлення до себе і самооцінки. Цей тест може досліджувати і тривожність як одну із психоемоційних особистісних характеристик. Перевагою тесту є також те, що в малюнку можуть відобразитися переживання глибоко особистого характеру, які охоплюють як свідомі, так і несвідомі аспекти.

За визначенням, автопортрет – це зображення людини, створене нею самою. Для психодіагностики важливо, якою мірою автопортрет як зображення його творця вичерпує свою модель і обмежується нею, а також за якими типологічними ознаками можна його розрізнити.

Автопортрет має кілька ліній розвитку, аналогічно до вершин його художнього втілення. Узагальнюючи різноманітність *форм автопортретів*, можна виділити такі з них:

- зображення особи як центральної фігури; дуже часто це графічне зображення;
- зображення портрета в інтер'єрі, що доповнює і відтіняє портрет;
- одночасне зображення кількох автопортретів, які відрізняються за віком, що характеризує різні вікові етапи життєвого шляху (відсутнє в автопортретах, виконаних дітьми до 11 років);
- автопортрет-метафора;
- сюжетний автопортрет, виконаний у звичайній, цілком реальній ситуації, тобто в колі близьких друзів, де автор розмовляє, їсть, п'є, прогулюється тощо;
- виняткова, але цілком реальна ситуація, при якій зображується участь у якій-небудь важливій події, що відбувалася реально;
- зображення вигаданої, фантастичної ситуації, в якій автор ніколи не був, і все це відбувалося без нього.

Інтерпретація I

Голова. Малюнок великої голови звично припускає великі інтелектуальні претензії або незадоволеність своїм інтелектом. Малюнок маленької голови зазвичай відображає відчуття інтелектуальної або соціальної неадекватності дитини.

Очі. Великі очі на малюнку припускають підозрілість дитини, а також прояв заклопотаності і гіперчутливості щодо громадської думки. Маленькі або закриті очі звично припускають самозаглиблення і тенденцію до інтроверсії.

Вуха і ніс. Великі вуха припускають чутливість до критики дитини. Акцент, зміщений на ніс, припускає наявність сексуальних проблем. Виділені ніздрі свідчать про схильність до агресії.

Рот. Виділений рот припускає можливі труднощі з мовленням. Відсутність рота означає або депресію, або млявість дитини у спілкуванні.

Руки. Символізують контакт дитини з навколишнім світом, скуті руки припускають жорстку, обов'язкову, замкнуту особистість. Мляво опущені руки передбачають неефективність. Тоненькі, слабкі руки символізують фізичну або психологічну слабкість дитини. Довгі, сильні руки – амбітність і сильну особистість, залучену до подій зовнішнього світу. Дуже короткі руки – відсутність амбітності і відчуття неадекватності.

Ноги. Довгі ноги означають потребу дитини в незалежності. Великі ноги – потребу в безпеці. Малюнок без ніг означає нестабільність і відсутність основи.

Інтерпретація II (інтеграційно-оцінна)

Мета методики: виявлення індивідуально-типологічних особливостей дитини.

Матеріал: кольорові олівці, простий олівець, ручка, аркуш паперу.

Інструкція. «Намалюй себе таким, яким себе бачиш».

При аналізі малюнків виділяють ознаки зображення, на основі яких усі малюнки можна об'єднати так:

1. *Естетичне зображення* – виконується дітьми, що мають художні здібності. За графічними тестами і за тестом «Автопортрет», зокрема, завжди можна розрізнити дітей, що володіють «рукою художника». Легкість, гнучкість ліній, виразність рис, лаконічність образу відрізняють малюнки цих дітей.

2. *Схематичне зображення* – у вигляді особи, схеми тіла, бюста, намальованих у профіль і анфас; частіше до такого типу зображення тяжіють діти інтелектуального складу, для яких важливо одержати найбільш загальні уявлення про явище; подробиці і деталі їх цікавлять у міру потреби.

3. *Реалістичне зображення* – виконане з ретельнішими подробицями, тобто промальовуванням особи, волосся, вух, шії, одягу. Зазвичай так малюють діти, котрі відрізняються великою

педантичністю, схильні до деталізації, аналітичного когнітивного стилю.

4. *Метафоричне зображення* – дитина зображає себе у вигляді якого-небудь предмета, наприклад, чайника або хімічної пробірки, спортивного снаряда, тварини, рослини, літературного персонажа тощо. Таке зображення виконують особи художнього складу, які володіють розвиненою фантазією, багатою уявою, творчими здібностями і, зрозуміло, відомою часткою гумору.

5. *«Автопортрет в інтер'єрі»* – зображення людини в оточенні яких-небудь предметів, на тлі пейзажу, кімнати тощо. Очевидно, до такого виду зображення схильні діти, що володіють здібністю до сюжетного опису, а також спрямованістю на зовнішнє наочне оточення.

6. *Емоційний автопортрет* – дитина відобразила себе в якому-небудь емоційному стані, часто є шаржем або нагадує його. Мабуть, діти, які володіють вищою емоційністю, рефлексують власний стан, схильні до таких малюнків. До того ж емоція, що переживається, може бути часто протилежною до тієї, яка зображується. Наприклад, сумна дитина часто малює усміхнене обличчя і т.п.

Виділені групи малюнків дають змогу виконати перший етап обробки матеріалу. Матеріал, одержаний у тесті «Автопортрет», можна також упорядкувати за *схемою Піда*:

– зображення кількох автопортретів при інструкції намалювати один – розумовий екстраверт;

– органічний малюнок (на тлі зображення живої природи, в оточенні рослин, тварин тощо) – розумовий інтроверт;

– гаптичний малюнок (зображення себе в якомусь стані, скажімо, у стані хвороби – «болить зуб», «болить голова» тощо) – сенсорний інтроверт;

– емоційний малюнок (зображення себе в якій-небудь емоційній атмосфері, спричиненій зовнішніми факторами (сварка, бійка, втеча)) – сенсорний екстраверт;

– декоративний малюнок (зображення портрета в явно прикрашеному вигляді, у красивій рамочці, з наявністю квітів та іншого декору) – сенсорний екстраверт;

– імажинарний малюнок (зображення себе у вигляді якого-небудь персонажу з літературно-художнього твору, а також створеного у власному стилі) – емоційний інтроверт;

– ритмічний малюнок (зображення, в якому підкреслюється рух, тобто зображення людини, яка йде, біжить сходами тощо) – інтуїтивний екстраверт;

– структурний малюнок (зображення себе «як є»): голова, руки, ноги тощо, може бути зображена одна особа, бюст, може бути зображення в повний зріст) – інтуїтивний інтроверт.

Для повнішої інтерпретації тесту необхідне подальше зіставлення показників, що виявляються при обробці малюнка, з показниками інших методик і даних спостереження.

МЕТОДИКА «НЕІСНУЮЧА ТВАРИНА»

Інструкція придумайте і намалуйте неіснуючу тварину та дайте їй назву.

При малюванні слід спостерігати за дитиною і відмічати: *послідовність малювання, паузи більші 15 с., витирання деталей, спонтанні коментарі*. Після малювання попросити розповісти про всі незрозумілі деталі.

Враховувати при аналізі розташування малюнка на аркуші:

- *угорі* – висока самооцінка і прагнення визнання з боку осіб, які оточують дитину;
- *унизу* – невпевненість, низька самооцінка, байдужість до думки близьких людей.

Аналіз частин фігури неіснуючої тварини:

- *Голова повернута вліво* – роздуми, самоаналіз, пасивність, нерішучість; *управо* – тенденція до планомірності, діяльності, активності; *анфас* – егоцентризм.
- *Вуха* – зацікавленість інформацією.
- *Рот і язик (без зубів)* – мовленнєва активність.
- *Зуби* – вербальна агресія.
- *Очі* – страхи.
- *Зіниці* – демонстративність.
- *Роги, кігті, щетина (гострі кути)* – агресія.
- *Волосся, шерсть* – чуттєвість.

- *Ноги, лапи* розглядаються у співвідношенні до всієї фігури (малі – легковажність, імпульсивність; великі – навпаки).
- *Крило, щупальці, панцир* – прагнення поширити свій вплив на людей.
- *Хвіст* (самооцінка): направо – ставлення до своїх дій і вчинків; ліворуч – до прагнень, думок; уверх – позитивне ставлення до себе; вниз – незадоволення.
- Натиск ліній – тривога, зафарбовування лініями зверху вниз – захист від осіб, які є соціально вищими.

ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА «КІНЕТИЧНИЙ МАЛЮНОК СІМ'Ї»

Мета. Цей тест допоможе «зазирнути в душу» дитини і зрозуміти, чим вона живе, що її турбує, чи комфортно їй у сім'ї та як вона ставиться до рідних.

Інструкція. Намалюй на цьому аркуші всю свою сім'ю. Якщо дитина запитує, кого саме намалювати, а кого ні, то дефектолог чи психолог відповідає: «Я не знаю, хто належить до твоєї сім'ї. Ти знаєш це краще за мене».

Інтерпретування результатів

Для тесту КМС розроблена система кількісної оцінки, виділено **5 симптомомокомплексів**:

- 1) сприятлива сімейна ситуація (спільна діяльність усіх членів сім'ї, адекватне розташування людей на аркуші);
- 2) тривожність (штриховка, лінії із сильним натиском, стирання, подвійні чи переривчасті лінії, підкреслювання окремих деталей);
- 3) конфліктність (бар'єри між фігурами, витирання окремих фігур, відсутність головних частин тіла, виокремлення окремих фігур або їхня ізоляція, член сім'ї, котрий стоїть спиною, переважання речей);
- 4) почуття неповноцінності (автор малюнка непропорційно маленький, розташування фігур у нижній частині аркуша, лінія слабка і переривчаста, ізоляція автора від інших, відсутність автора, автор стоїть спиною);
- 5) ворожість (одна фігура на іншому аркуші або на протилежному боці паперу, агресивна позиція фігури, закреслена

фігура, деформована фігура, обернений профіль, руки, розведені в боки; пальці довгі, підкреслені).

Підсумки методики

1. Якщо на малюнку немає когось із членів сім'ї – це свідчить про відсутність у дитини емоційного контакту з цією людиною. Показниками сприятливої сімейної ситуації є зображення всіх членів сім'ї, спільна діяльність членів сім'ї або контакт між ними (руки стикаються), адекватне співвідношення між ними за розміром (дитина менша за батьків, але різниця не дуже велика). Поява «додаткових» членів сім'ї (яких немає насправді) підтверджує, що дитина сприймає свою сім'ю як у чомусь неповноцінну. Зазвичай додатковою постаттю виявляється батько, який у реальній сім'ї відсутній. У цих випадках можна вважати, що дитина має дуже сильне бажання мати батька, повну сім'ю.

2. Відсутність самого автора малюнка свідчить про його труднощі у стосунках із близькими.

3. На малюнку – вигаданий член сім'ї. Це означає, що дитина отримує недостатньо уваги, хоче бути комусь потрібною.

4. Що авторитетніша в очах малюка людина, то вона більша на малюнку.

5. Якщо дитина малює себе дуже маленькою, розміщеною в куточку аркуша, – у неї занижена самооцінка (і навпаки). Зображення себе найвищим свідчить про претензії дитини на лідерство в сім'ї тощо.

6. Малюк зображений у центрі, між татом і мамою, або ж на першому плані – значить, відчуває себе потрібним, йому затишно в сім'ї. Якщо ж намальований окремо від інших або на задньому плані, – це ознака ревнощів, неблагополуччя.

7. Відстань між зображеними членами сім'ї та дитиною свідчить про їхню емоційну близькість. Інтервали між постатями більш-менш відповідають близькості взаємин. Агресивна поза якогось із членів родини (піднята рука; збільшена кисть руки) може свідчити про його реальну агресивність або імпульсивність (вибуховість) стосовно дитини. Зображення когось зі спини – показник конфлікту. Якщо дитина зображає зі спини себе, то це свідчить або про конфліктне ставлення до сім'ї загалом, або про відчуття власного невизнання. Так само трактується зображення у профіль, якщо воно розвернуте не до інших членів сім'ї, а у протилежний бік.

8. Частини тіла. Найрозумнішого, на його думку, члена сім'ї малюк зображає з великою головою.

Персонажі з великими очима сприймаються дитиною як такі, що потребують допомоги.

Люди з великими вухами – це ті, які слухаються інших осіб з оточення дитини. Якщо вух узагалі немає, людина нікого не слухає, ігнорує те, що про неї говорять.

Персонаж із великим чи заштрихованим ротом сприймається як джерело загрози. Якщо рот узагалі відсутній або зображений у вигляді рисочки – людина, як вважає малюк, приховує свої почуття, не може висловити їх чи впливати на інших.

Що більше пальців на руках, то сильніший персонаж. Довжина рук свідчить про комунікабельність. Короткі руки видають внутрішню слабкість, нерішучість, нестачу спілкування. Права нога символізує опору поза сім'єю, а ліва – в сім'ї.

9. Розмір постатей. Якщо всі постаті зображені надто маленькими або надто великими, то це інтерпретується так само, як і в малюнку людини. Різко збільшений розмір характерний для імпульсивних дітей, особливо у стані гострої тривоги. Різко зменшений розмір є типовим для дітей зі зниженим настроєм, із депресивними тенденціями. Увесь малюнок при цьому розміщений у куті аркуша. Зображення когось із батьків особливо маленьким інтерпретується як сприйняття дитиною його малої значущості в сім'ї.

10. Кольорова гама малюнка – індикатор палітри почуттів. Найулюбленишими кольорами дитина малює найближчих їй членів сім'ї або себе (і навпаки).

11. Сонце на малюнку – символ тепла й захисту. Люди і предмети, які розташовані між малюком і сонцем, – це те, що заважає йому відчувати себе захищеним.

12. Зображення великої кількості предметів (меблі, стіни кімнати, дерева, якщо сім'я зображена у лісі) зазвичай трапляється у тих випадках, коли у сім'ї послаблені або ж формалізовані контакти, недостатній рівень емоційного спілкування.

МЕТОДИКА «МАЛЮНОК ДЕРЕВА»

Методика спрямована на виявлення особистісних особливостей дитини. Малюнок дерева традиційно розглядається у проєктивній психодіагностиці як автопортрет, у якому цілісно відображається ставлення до себе, самооцінка, характер взаємовідносин дитини з оточенням, а також її особистісні проблеми.

Обладнання. Для виконання завдання тесту необхідно чистий аркуш паперу (формату А – 4). Аркуш кладуть перед дитиною вертикально. Щоб не вплинути на розміщення малюнка на ньому, підписувати його слід після виконання роботи. Вибір, чим малювати (ручкою, простим олівцем, кольоровими олівцями, фломастерами), дитина має робити сама (бажано, щоб усі ці предмети були доступні дитині під час роботи).

Інструкція. *Намалюй дерево, яке тобі подобається* (жодних додаткових пояснень або рекомендацій давати не можна).

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації малюнка, виконаного дитиною, як підтверджує досвід багатьох фахівців, доцільно використовувати рекомендації Л. Ясюкової. Вона вважає, що для розуміння особистісних особливостей дитини цілком надійними є такі параметри малюнка.

1. *Загальний розмір дерева.* Відображає емоційно забарвлене відчуття власної цінності та значущості. Велике (більш як 2/3 аркуша) – впевненість у собі, повнота життя, енергетичне багатство. Розмір дерева 1/2 – 2/3 аркуша є найбільш типовим. Зменшення розміру дерева (до 1/3 аркуша й менше) свідчить про відсутність впевненості у собі, про відчуття дитиною власної незначущості, непотрібності, про знижену загальну енергетику.

2. *Розміщення дерева на аркуші.* Розміщення малюнка у верхній частині аркуша свідчить про мрійливість дитини, відсутність схильності до активних дій, у нижній – про практичність, приземленість, про те, що дитина живе сьогоднішнім днем. Якщо дерево зсунуте ліворуч, то дитина тяжіє до матері, перебуває під її впливом; зсунуте праворуч – тяжіє до батька, зазнає його впливу.

3. *Товщина стовбура.* Відображає силу «Я», віру дитини у власні можливості. Найбільш важлива характеристика для

прогнозу адаптації та потенціалу особистісного розвитку дитини. Наприклад, якщо дерево дуже мале (буквально 3 – 4 см), але при цьому стовбур товстий (2 см й більше), то за таку дитину не слід турбуватися. Дитина розуміє, що сьогодні її ніхто не цінує, нікому вона не потрібна, але вона ще покаже, на що вона здатна. Такі діти, як показують спостереження, добре адаптуються й надалі завойовують повагу у своєму оточенні.

4. *Форма стовбура*. Стовбур у вигляді «моркви» догори гострим кінцем інтерпретується як інфантильність, збереження установок та манери поведінки, властивих молодшим дітям. Стовбур – «морква» гострим кінцем донизу означає певну зайву дорослість, яка буває властива самотійним, незалежним дітям. Більш раннє дорослішання відбувається тоді, коли дитині доводиться самотійно піклуватися про молодших родичів чи про хворих дітей у сім'ї, або коли мати виявляється надто легковажною. Такі діти керують батьками, ставляться до них поблажливо, дають їм розумні поради, роблять зауваження. Так само вони поведуться й у школі з учителями, через що мають багато неприємностей.

5. *Тип дерева*. Листяне дерево – звичайні, нормальні стосунки з людьми; хвойне дерево – «колючі» взаємини з людьми (глузування тощо); пальма – демонстративність у спілкуванні.

6. *Крона*. Характеризує комунікативну сферу. Наявність замкненого силуету крони свідчить про обмежене, чітко визначене коло спілкування. Коли крона не замкнена, дитина відкрита, готова до налагодження нових контактів.

7. *Співвідношення крони і величини дерева загалом*. Відображає потребу у спілкуванні. Якщо крона складає 1/2 – 2/3 величини дерева, то потреба у спілкуванні відповідає «нормі». Збільшення або зменшення крони відносно вказаних розмірів відображає підвищення або зниження потреби у спілкуванні щодо звичайного рівня її прояву.

8. *Листя*. Наявність листя (або замкненого силуету крони) свідчить, що потреба у спілкуванні задовольняється; відсутність листя, кілька листочків на голих гілках, листя, що опало, – потреба у спілкуванні не задовольняється. Відсутність листя може також свідчити про невміння спілкуватися. Промальовування листя підтверджує вибірковість спілкування, те, що дитина враховує особливості співрозмовника. Хаотична замальовка крони характеризує непостійність, хаотичність

спілкування, за якого вибірковість контактів або врахування індивідуальних особливостей партнера відсутні.

9. *Дупло*. Надійно можна інтерпретувати у тих випадках, коли з дупла хтось висовується або ж хтось у ньому сидить. Це свідчить про наявність некерованих імпульсів, які періодично підштовхують дитину до здійснення вчинків («дрібних капостей»), ніяк не властивих її поведінці. Дорослі, зазвичай, не вірять, що така гарна дитина могла це зробити.

10. *Сонце*. Сонце ліворуч свідчить про авторитет або тиск з боку матері (рідше бабусі); сонце праворуч – із боку батька (рідше дідуся).

11. *Хмаринки*. Хмаринки ліворуч – утрата контакту з матір'ю, відсутність її виховного впливу; хмаринки праворуч – утрата контакту з батьком (буквально – «за хмаринками»). Суцільні хмаринки вгорі аркуша, хмари брудно-сіро-синього кольору – повне порушення емоційного контакту з батьками, дитина полишена на саму себе, якихось виховних впливів, опіки з боку батьків не спостерігається.

12. *Пеньок*. Свідчить про те, що дитина не бачить жодних перспектив у майбутньому, життя може здаватися для неї закінченим. Вона не уявляє себе в тому майбутньому, яке на неї чекає. Аналогічно інтерпретується зламане дерево.

13. *Пеньок поруч із деревом* (або відсунутий, через дорогу, через річку). Характеризує різкі зміни у житті (буквально – «закінчилося одне життя, почалося інше»). Важливі порівняльна товщина пенька і дерева. Якщо стовбур дерева не тонший за пеньок, то дитина не постраждала від змін, які відбулися в її житті; якщо тонший – то ці зміни травмували її, призвели до втрати впевненості у собі.

14. *Товсті гілки* (одна або кілька) явно нижчі за крону й окремо від неї. Свідчать про наявність замісної діяльності, спрямованої на компенсацію неуспішності дитини в основній діяльності (наприклад, погано вчиться, але хороший спортсмен). Провідна діяльність стає незначущою, оскільки потреба у досягненнях задовольняється діяльністю, що заміщає основну.

15. *Пониклі, тонкі гілки, тонкий стовбур, слабе натискання*. Характерні для малюнків чутливих, вразливих, тривожних дітей.

16. *Малюнок дерева займає весь аркуш* – так, що стовбур та крона навіть не помістилися на аркуші повністю (вийшли за

верхній край аркуша), – свідчить про надмірну активність дитини.

17. *Яблука на дереві (або будь-які фрукти, квіти, метелики)*. Свідчать про симбіотичний зв'язок із матір'ю, залежність від неї, прихильність до неї та природне підпорядкування її впливові.

18. *Використання кольору*. Використання чистих яскравих кольорів для розфарбування характеризує нормальний емоційний стан. А чорний, брудно-сірий, брудно-коричневий кольорів свідчать про переважання негативних емоцій, наявність тривожності, невротичних страхів. Відсутність кольору ніяк не інтерпретується.

19. *Стовбур, розщеплений у верхній частині* (явно розходить від середини). Свідчить про наявність установок, що конфліктують; про інтереси, які важко узгоджуються; про неможливість здійснити вибір; про прагнення щось зберегти. Така ситуація може провокувати істерики, поведінкові зриви, довести до неврозу.

20. *Дерево, розщеплене донизу, або стовбури, що перехрещуються*. Можливі психічні порушення, які пов'язані з роздвоєністю внутрішнього життя, що не є наслідком якоїсь інтриги, з розщепленням внутрішнього світу (потрібна консультація психіатра),

21. *Із крони дерева «виростають» самотійні дерева з кронами*. Можливі шизофренічні порушення психіки, «відхід» у вигаданий світ, фантастичні страхи (необхідна консультація психіатра).

22. *Стовбур замкнений*, фактично це дві паралельні палки, або схожий на дошку від паркана, яку рівно зрізали зверху; гілки грубі, товсті, схожі на колоди або дошки паркана, розходяться перпендикулярно від стовбура, листя немає. Свідчить про наявність елементів аутизму у поведінці, порушенні спілкування, світосприйняття, емоційної депривації (необхідна консультація психіатра).

ШКАЛА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ (ЗА Ч.СПІЛБЕРГЕРОМ)

Мета: встановити рівень особистісної тривожності

Інструкція. Уважно прочитайте речення і поставте бали, що найбільше відповідають Вашому самопочуттю («майже ніколи» – 1 бал, «інколи» – 2, «часто» – 3, «майже завжди» – 4). Над запитаннями довго не думайте, оскільки правильних чи неправильних відповідей не існує.

1. Я відчуваю задоволення.
2. Я швидко стомлююся.
3. Я легко можу заплакати.
4. Я хотів би почуватися так само щасливим, як і інші.
5. Трапляється, я програю через те, що не досить швидко приймаю рішення.
6. Я відчуваю себе бадьорим.
7. Я спокійний, холоднокровний, зібраний.
8. Очікування труднощів спричиняє в мене сильне занепокоєння.
9. Я надто переживаю через дрібниці.
10. Я щаслива людина.
11. Я беру все близько до серця.
12. Мені не вистачає впевненості в собі.
13. Я відчуваю себе в безпеці.
14. Я намагаюсь уникати критичних ситуацій, труднощів.
15. Іноді я нудьгую.
16. Трапляється, що я задоволений.
17. Усілякі дрібниці непокоять мене і відволікають увагу.
18. Я так сильно переймаюся своїми переживаннями, що довго потім не можу про них забути.
19. Я врівноважена людина.
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи.

Обробка результатів. Підрахунок балів здійснюється так: від суми балів на запитання 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 віднімається сума відповідей на запитання 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19, а до одержаної різниці додається число 35.

Сумарний показник свідчить про певний рівень тривожності: низький – до 30 балів, середній – 31 – 45 балів, високий – 45 і більше балів.

МЕТОДИКА ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ НЕВРОЗУ (ЗА К. ХЕККОМ – Х. ХЕССОМ)

Мета: здійснити експрес-діагностику неврозу

Інструкція. Ознайомившись із питаннями та судженнями, слід відповісти «так» або «ні».

1. Чи вважаєте Ви, що внутрішньо напружені?
2. Я часто так сильно у щось заглиблений, що не можу заснути.
3. Я відчуваю себе легковразливим.
4. Мені важко заговорити з незнайомими людьми.
5. Чи часто у Вас виникає без особливих причин відчуття відсутності й втоми?
6. У мене часто виникає відчуття, що люди мене критично розглядають.
7. Чи часто Вас переслідують нав'язливі думки, що не виходять із голови, хоча Ви намагаєтеся позбавитися від них?
8. Я досить нервовий.
9. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
10. Я досить дратівливий.
11. Якщо б проти мене не були налаштовані, то мої справи йшли б значно успішніше.
12. Я надто близько і надовго беру до серця неприємності.
13. Навіть думка про можливу невдачу мене турбує.
14. У мене були дуже дивні і незвичні переживання.
15. Чи буває Вам то радісно, то сумно без певних причин?
16. Упродовж усього дня я мрію і фантазую більше, ніж слід.
17. Чи легко змінити Ваш настрій?
18. Я часто борюся сам із собою, щоб не проявити власної сором'язливості.
19. Я хотів би бути таким же щасливим, якими мені видаються інші люди.
20. Іноді я тремчу чи відчуваю напади тремтіння.
21. Чи часто змінюється Ваш настрій (залежно від серйозної причини або й без неї)?
22. Чи відчуваєте Ви іноді страх навіть через відсутність реальної небезпеки?

23. Критика чи догана мені дуже дошкуляють.
24. Іноді я буваю таким неспокійним, що навіть не можу всидіти на одному місці.
25. Чи турбуєтеся Ви іноді надто сильно через несуттєві речі?
26. Я часто відчуваю незадоволення.
27. Мені важко сконцентруватися під час виконання якогось завдання чи роботи.
28. Я роблю багато такого, про що потім доводиться жалкувати.
29. Здебільшого я щасливий.
30. Я недостатньо впевнений у собі.
31. Іноді я здаюся собі справді нікчемним.
32. Часто я відчуваю себе просто кепсько.
33. Я багато копирсаюся в собі.
34. Я страждаю від відчуття неповноцінності.
35. Іноді в мене все болить.
36. У мене буває пригнічений стан.
37. У мене щось із нервами.
38. Мені важко підтримувати розмову під час знайомства.
39. Найважча боротьба для мене – це боротьба із самим собою.
40. Чи відчуваєте Ви іноді, що труднощі великі і нездоланні?

Обробка результатів. Потрібно підрахувати кількість ствердних відповідей: якщо отримано понад 24 бали – це свідчить про високу ймовірність неврозу. Однак слід зауважити, що експрес-методика дає лише попередню й узагальнену інформацію. Остаточні висновки можна робити лише після детального вивчення особистості депривованого підлітка.

Методика визначення стану зору у дітей

Важливо вміти визначити стан зору дитини. Потрібно взяти будь-який текст, який вона може читати без окулярів та великих зусиль. Звичайною лінійкою із сантиметровими поділками виміряти відстань від очей до тих рядків, які дитина добре бачить. Це буде **максимальна відстань бачення**.

А тепер потрібно виміряти **мінімальну відстань**, на якій очі, хоч і важко, але читають текст книжки.

Тепер потрібно визначити **оптимальну відстань**. Це зробити досить легко: вимірювати і записувати відстань, при якій дитині найлегше читати який-небудь текст.

Усі вимірювання треба робити окремо для кожного ока, а потім для обох разом. Записати дані вимірювання і дату кожного з них у спеціальну таблицю (табл. 1). Вимірювання робити постійно, щоб фіксувати поліпшення зору, яке настане після проведення вправ.

Таблиця 1

ТАБЛИЦЯ ВИМІРЮВАНЬ СТАНУ ЗОРУ

Дата	Праве око			Ліве око			Обоє очей		
	мін.	опт.	макс.	мін.	опт.	макс.	мін.	опт.	макс.

Це і буде діагностична карта, в якій відображено історію відновлення дитячих оченят. Свої досягнення потрібно записувати різнокольоровими олівцями чи ручками.

Можна регулярно перевіряти стан зорового апарату, контролювати гостроту зору за допомогою спеціальної таблиці.

Розглядати букви на таблиці потрібно на віддалі 30 – 33 см, дані заносити в картку самоконтролю. За допомогою цих даних можна слідкувати за динамікою показників у процесі регулярного виконання вправ.

У період відновлення зору потрібно використовувати спеціальні прийоми: пальмінг, соляризацію, релаксацію.

І. Кант зазначав: «Рука – це мозок, виведений назовні». Людський інстинкт нам підказує: «Використай свою руку, поклади на те місце, яке тебе хвилює, ниє, тривожить». Зцілення можна досягти, використовуючи пальмінг.

Підготовчі вправи для очей

Вправа «Сховай оченятка»

–А тепер всі дивіться на мене, – голосно промовила Фея. – Виконуйте вправу так, як я, робіть краще ніж я.

Встала вона обличчям до сонця під берізкою, де була тінь. Другою ногою Фея стояла на місці, яке було яскраво освітлене сонцем. Світло падало на половину обличчя. Друга половина тіла й обличчя були в тіні, очі закриті.

Діти, зайчики, лисички, їжачки, вовки і ведмеді, білочки і всі інші звірі також знайшли собі такі місця під деревами, щоб одне око освітлювалося сонцем, а друге – перебувало в тіні.

Потім Фея запропонувала виконати ще таку вправу: повертати обличчя то в тінь, то до сонячного світла.

Усі звірі повторювали цю вправу до того часу, поки їхні оченята не звикли до світла. Повіки були у всіх закриті.

Виходило так, ніби всі діти і звірята гралися із сонечком у хованки. Всім було дуже весело і цікаво.

Вправа «Рухливе сонечко»

Потім Фея разом зі звірятками і дітками зробила крок із тіні в освітлене місце. Три рази всі поверталися під яскравими

променями із закритими очима то в один, то в інший бік. Усі уявили, що не вони рухаються, а сонечко ходить то вправо, то вліво.

–А тепер ви всі виконуйте цю вправу. Уявили, як рухається сонечко? Це дуже важливо!

Вправа «Поглянь на світло»

Потрібно три рази виконати вправу, не закриваючи очей: одне око закрити долонею, постійно кліпаючи, поглядом провести по освітленій землі.

Зробити повороти, залишаючи сонечко то з правого, то з лівого боку. І нарешті, подивитися три рази, не прикривши ока долонею, на яскраве сонячне світло (на 1 – 2 секунди).

Ці вправи виконати і з другим оком. Після цих вправ обов'язково виконати пальмінг.

Вправа «Заглянь за перешкоду!»

Наступна вправа також була дуже цікавою. Кожний приклав свою розчепірену долоню до обличчя. Усі повертали голову і заглядали повз долоню то вправо, то вліво, уявляючи, що не голова рухається, а пальці, ніби дошки паркану, «бігають» зі сторони у сторону перед очима. А насправді долоня весь час була на одному місці, а рухалася голова разом з очима, ніби заглядала за якусь перешкоду.

– Діти, виконаємо вправу «Заглянь за перешкоду», а потім знову всі зробимо пальмінг.

Вправи для короткозорих дітей

Короткозорі діти і звірята виконували вправу дуже старанно. Цю вправу треба виконувати в домашніх умовах і діткам, які мають короткозорі оченята.

– Відійдіть на певну відстань. У руки візьміть книжку. Спочатку уважно розгляньте малюнок. Витягніть руку з книжкою якнайдалі. Погляньте на малюнок ще раз. Так повторіть три рази, то наближаючи малюнок, то віддаляючи його.

Треба продовжувати виконувати вправу, не випускаючи книжки з рук.

Спокійно погляньте на малюнок, який зображено на великій таблиці, що висить на стіні. Не треба примружуватися і напружувати очі. Якщо все буде зроблено правильно, то малюнок ви маєте побачити краще, ніж на початку гри.

Знову наближайте до очей книжку з малюнком. Подивіться на нього зблизька, потім на відстані витягнутої руки.

Повторіть так три рази, потім підніміть очі до настінної таблиці. Бачення малюнка має бути чіткішим.

Треба за чергою переводити погляд то на малюнок у книжці, то на велику настінну таблицю. Робити це необхідно до того часу, поки малюнок на стіні не буде видно чітко. Цю відстань потрібно відмітити.

Після цього закрийте очі і, не поспішаючи, поверніть головою вправо – вліво.

Завершити і ці вправи необхідно пальмінгом.

Щоб ці вправи дали позитивний ефект, треба все виконувати старанно. Однак не можна втомлюватися!

А потім зайчики, їжачки, лисички, вовчики і ведмедики, пташенята та інші тварини розглядали котика на малюнку у книжці.

Усім було дуже цікаво. Особливо сподобався котик.

– А які у котика вушка, який хвостик? Будьте уважні, розгляньте добре малюнок!

Витягніть руку із книжкою якнайдалі від очей. Подивіться на котика так: підніміть очі до таблиці, що висить на стіні, відійдіть назад настільки кроків, щоб котика ви побачили не дуже чітко. Цю відстань необхідно відмітити.

А тепер треба зробити так, як робили всі тваринки: закрити очі і намалювати такого ж смугастого і пухнастого котика у повітрі носом.

Вийшло?

Відкрийте очі, подивіться знову на кота, що на таблиці. Котик не втік? Що ви бачите? Смужечки видно? А хвостик?

Якщо хочете бачити котика ще краще, повторіть вправу з ним так, як із будиночком. Три рази подивіться на котика, якого намальовано у книжці, то наближаючи малюнок до очей, то відсуваючи. Потім подивіться на котика, якого зображено на таблиці. Бачення має бути досить чітким. Знову три рази то

наближайте, то відсувайте книжку, дивлячись на kota. Подивіться на таблицю. Так повторюйте до того часу, поки котика на стіні не побачите чітко з того місця, з якого його було видно погано.

Звірята на галявинці були дуже розумними. Усі зрозуміли, що вправу треба виконувати зі всіма предметами, які зображені на таблиці.

Після кожної вправи вони не забували закривати очі долонями навхрест і уявляти чорне поле, тобто виконувати пальмінг.

Вправа «Гойдалка для букв»

Знову на галявинці, біля доброї Феї, зібралися діти, звірята і пташенята. Дуже старанно всі виконували підготовчі вправи. Після кожної вправи кліпали оченятами, виконували пальмінг і відпочивали.

Знову повторили вправи «Сховай оченятка», «Рухливе сонечко», «Поглянь на світло», тобто виконали всі три кроки соляризації. Завершували кожну вправу пальмінгом.

Фея звернулася до всіх із такими словами:

– А тепер всі разом виконаємо нову вправу. Якщо хочете допомогти своїм оченятам, прагнете бачити все чітко, треба написати носом слово «розслаблення». Отже, закрили оченята і розслабилися.

Фея повісила таблицю Сови на дерево і запропонувала сісти від таблиці на таку відстань, з якої видимість була нечіткою.

Під керівництвом Феї всі виконували короткі повороти головою.

Виконаємо вправу всі разом: повертаємо голову вправо, дивимося на білий фон із правого боку від букви «Р»; повертаємо голову вліво на білий фон біля букви «Д» (зліва від «Р»).

Будьте уважні! Повертаючи голову вправо, бачимо, що буква, з якою ми працюємо, відходить уліво, тобто в бік, протилежний до повороту голови. А через те, що ми повертаємо голову швидко, букви ніби гойдаються з боку в бік.

Закриваємо очі. Пригадуємо кожну букву дуже чітко. Відпочиваємо, закривши очі.

Далі виконуємо вправу з буквою «Д» так, як це робили з буквою «Р». І так з усіма буквами, зображеними на таблиці.

Після кожної вправи з буквою обов'язково треба розслабитися, закривши очі.

Діти, звірята і пташенята виконали всі вправи. Повеселішали, бо зір став у них значно гострішим. Правда, найбільшої сили оченята ще не набрали. Для цього потрібні часі такі заняття.

Вправи для далекозорих дітей

Одного світлого сонячного дня Фея вийшла в чисте поле і загукала дзвінким голосом:

– Усіх звірят, пташенят, дорослих, людей віку похилого скликаю на раду. Вправу, дуже потрібну для вас, маю!

Зібралися діти, їхні бабусі та дідусі, тати й мами, звірі, птахи з усіх лісів та полів. Прилетіли птахи, прийшли тигри і леви, носороги та дикі свині, лосі й олені. Дивиться Фея: хто на паличку спирається, хто окуляри на носа почепив. Посідали на пеньки, на стовбури повалених дерев, піт витирають з обличчя. Втомилися всі, далекий шлях подолали.

– Що з вами сталося? Я вас пам'ятаю здоровими, веселими, коли на галявині вправи вам показувала. Що сталося? – дивується Фея.

– Постаріли ми. Ноги стали важкими, очі втомилися, погано бачать. Діти і внуки вправи всі виконують, купаються й умиваються, як ти навчила, у хованки граються. Стали бачити значно краще. А ми з кожним днем бачимо все гірше, особливо те, що ближче до очей. Читати не можемо. Для нас і порятунку нема, треба окуляри купувати.

– Е ні, і для вас я знаю вправи, які допоможуть позбутися цієї хвороби. А хвороба ця називається далекозорістю. Буває вона і в дітей. Сідайте зручніше та слухайте уважно.

Вправа «Крапки та хрестики»

– Закрийте очі, прикрийте їх долонями й уявіть чорне поле. Тепер намалюйте носом маленьку букву «О». У середині неї – ще меншу, а всередині цієї – ще меншу і т. д., поки не вийде крапка. А посеред крапки поставте маленький значок «+». У центрі цього

значка знову крапка, тільки ще меншого розміру. Якщо її проколоти голкою, навколо голки можна намалювати коло.

Зробіть це, станьте знову маленькими. Ваші крапочки, хрестики, голочки, кола будуть мікроскопічними. Після такої вправи дрібні предмети, що вас оточують, ви повинні бачити чіткіше.

Вправа «Найлегша»

Ви виконуєте яку-небудь роботу, а погляди частіше спрямовуйте у сторони – на собачку чи kota, у вікно чи просто на картину на стіні, на діток, що граються у дворі. Дуже просто, а користь дуже велика.

Вправа з чарівною таблицею «Найактивніша вправа»

Це остання і найважливіша вправа. Допоможе вона всім – і дітям, і дорослим.

А ще їй потрібно добре освоїти вчителям предмету «Основи здоров'я», валеології, вихователям дитячих дошкільних закладів, усім керівникам підприємств, організацій тощо.

Потрібно повісити в кабінетах, кімнатах, у класах і коридорах, де проводять більшу частину часу дорослі і діти, гарно оформлену таблицю.

На ній написаний будь-який текст (різними шрифтами, різними за величиною буквами).

Усім треба дивитись на неї, читати її з різної відстані, з різного положення. Це буде прекрасним тренуванням здорових і хворих очей.

Запам'ятайте. Не можна довго зосереджувати очі на одному об'єкті. Потрібно, щоб орган зору був у постійному русі. Він мусить повсякчас адаптуватися до різних чинників довкілля. Дуже корисно із зацікавленням спостерігати за природою, живими об'єктами, які рухаються.

Вправи з таблицями Шульте і числовою пірамідою

Таблиці Шульте – це квадрати розміром 20x20 см, поділені на 25 квадратиків, у кожному з яких вписані числа від 1 до 25 в будь-якому порядку (табл. 2).

Таблиця Шульте

2	17	23	14	8
10	21	11	20	1
15	6	3	5	16
9	4	19	24	12
13	18	25	22	7

Завдання полягає в тому, щоб показати олівцем або відмітити розміщення в таблиці чисел по порядку актуального ряду, не переміщуючи погляду за межі центрального квадрата таблиці. Середній час виконання завдання – близько хвилини. Мета вправи – добитися читання таблиці за час, який не перевищує 25 секунд. Щоб виключити можливість запам'ятовування розміщення чисел у таблиці, використовують комплект із 10 таблиць, які відрізняються розміщенням чисел, і міняють їх під час виконання вправ.

Поради для дітей, які хворіють астигматизмом

Астигматизм виникає, коли радіус величини рогової оболонки неоднаковий по всіх меридіанах, і промені світла, які проходять через це викривлене середовище, фокусуються неоднаково. Звичайно, окуляри дещо нейтралізують симптоми дефекту, але вони сильно фіксують рогівку в тому індивідуальному стані викривлення, яке існувало під час огляду в окуліста. А тому, поки людина користується штучними лінзами, надії на відновлення зору мало. Якщо особа, в якій виявлено астигматизм, відмовиться від окулярів, вивчить техніку пасивного і динамічного розслаблення, виробить звичку розумової й очної рухливості, тоді вона зможе ослабити дефект зору, а потім і повністю усунути його.

При астигматизмі особливо цінними є вправи з доміно, які можуть бути використані для відновлення рухливості очей.

Кинути на стіл три – чотири кісточки доміно, оглянути їх поглядом і, швидко закрити очі, назвати очки, які були на кісточках.

Ця вправа сприяє розвитку м'язів очей, посилює увагу і пам'ять, спонукає очі і розум перейти до стану рухливості.

Висипати на стіл доміно, перемішати їх, на внутрішньому боці кришки від коробки з картону укласти трьома рядами взяті будь-які кісточки. Прикріпити їх так, щоб кришку можна було брати в руки. Поставити кришку на ребро, сісти на такій віддалі, щоб крапки на доміно можна було легко бачити.

Потрібно швидко назвати кількість крапок у верхніх половинках усіх кісток доміно першого ряду, потім у нижніх половинках.

Далі у тій же послідовності визначити кількість крапок у другому ряду, потім у третьому.

Вправу треба виконувати без думки про успіх, повністю розслабитися, щоб очі вільно й легко переходили з одного ряду на інший. Потрібно часто кліпати повіками. Перед кожним новим рядом на кілька секунд треба закрити очі.

Необхідно поступово ускладнювати вправу, рахуючи кількість крапок у кожній вертикальній лінії, потім у кількох рядах разом, тоді по діагоналі і т. д.

Вправу можна ускладнити ще так. Узяти кришку, в якій закріплено ряди з кісточками доміно і, тримаючи на такій віддалі, коли крапки видно, пересувати її з боку в бік. При цьому кожний рух повинен супроводжуватися відповідним рухом голови у протилежному напрямку. Наприклад, якщо кришка рухається вліво, то голова повертається вправо – і навпаки. Нетреба докладати жодних зусиль, аби розглянути крапки на окремих кісточках, навпаки, швидкість руху голови відносно кришки повинна бути такою, щоб виникла ілюзія, нібито ви дивитеся на щільні лінії, які утворилися від усіх крапок, які розміщені по горизонталі.

Покліпати очима і виконати пальмінг. Через хвилину – дві горизонтальне переміщення перенести на вертикальну площину. Тримати кришку так, щоб довга вісь була перпендикулярною до підлоги, рухати її уверх і вниз, супроводжуючи рухи рук зустрічними поворотами голови, як це було при горизонтальному русі.

Ці вправи в поєднанні з іншими значно поліпшать зір в осіб з астигматизмом.

Із нашої аптечки

Очі, як і шкіра на обличчі, також страждають від бруду, вихлопних газів. Дуже корисно промивати їх на ніч кип'яченою водою або слабким чаєм. Можна занурити обличчя у воду і, відкривши очі, кілька разів покліпати.

Те ж можна зробити, розвівши у воді мед (1 чайну ложку на склянку води, прокип'ятити, охолодити). Може бути трішки теплим.

Прекрасно знімають утому й очищають очі такі примочки:

- із настоєм ромашки або суміші ромашки, кропу і м'яти;
- із соку свіжого огірка, кашки із сирої картоплі, яку прикладати на закриті очі;

- чай у пакетиках не викидати, а прикладати до повік;

- аплікації з глини і кефіру.

Для збереження зору і профілактики захворювань очі закапувати 2 – 3 рази на день розчином меду, розведеним у кип'яченій воді (1/4 чайної ложки меду на 1 столову ложку води), по 2 краплі в око. Розчин зберігати у холодильнику не довше 2 – 3 днів.

Навчальне видання

Ірина Садова

ОСНОВИ

ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

ПІДРУЧНИК

**Редакційно-видавничий відділ
Дрогобицького державного педагогічного університету
імені Івана Франка**

Головний редактор
Ірина Невмержицька

Редактор
Ольга Крупа

Технічний редактор
Наталя Кізіма

Коректор
Оксана Бульбах

Здано до набору 27.12.2018 р. Підписано до друку 21.01.2019 р.
Формат 60x90/16. Папір офсетний. Гарнітура Times. Наклад 100 прим.
Ум. друк. арк. 15,12. Зам. 264.

Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. (Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 5140 від 01.07.2016 р.) 82100, Дрогобич, вул. І. Франка, 24, к. 42, тел. 2 – 23 – 78.