

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені М. П. ДРАГОМАНОВА

На правах рукопису

**ДОЛИННИЙ ЮРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ**

УДК 376-053.4-056.24(043.3)

**ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ  
ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ  
ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ**

Спеціальність 13.00.03 – корекційна педагогіка

Дисертація на здобуття  
наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Науковий керівник:  
Глоба Олександр  
Петрович, кандидат  
педагогічних наук, доцент

Київ – 2011

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ .....	13
1.1. Процес підготовки дітей з вадами психофізичного розвитку до навчання у загальноосвітній школі як педагогічна проблема .....	13
1.2. Сутність та структура готовності дітей з вадами психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі.....	36
Висновки до розділу 1.....	60
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ .....	62
2.1. Критерії та методи діагностики готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу .....	62
2.2. Визначення педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу .....	94
Висновки до розділу 2.....	113
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ ІНТЕГРОВАНОГО ТИПУ .....	115
3.1. Впровадження педагогічних умов процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі.....	115
3.2. Аналіз результатів експериментальної роботи .....	138
ВИСНОВКИ .....	177
ДОДАТКИ .....	180
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	253

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** В останні роки значно зростає кількість дітей з вадами психофізичного розвитку, які впродовж усього життя потребують державної допомоги. За даними ЮНЕСКО ще у 1977 році в цілому світі визначалося біля 450 млн. людей з обмеженнями життєдіяльності, у 1983 році цей показник значно збільшився до 514 млн. та на початку третього тисячоліття наблизився до 680 млн. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я кожна десята дитина з'являється на світ із значними фізичними або інтелектуальними відхиленнями [171].

Діти з вадами психофізичного розвитку, як і діти, які не мають відхилень у розвитку, повинні мати змогу самовизначення та самовдосконалення, а їхнє соціальне життя повинне оптимально наближатися до життя повноцінної людини. Для досягнення цієї мети особливу увагу слід приділяти дітям з обмеженими психофізичними можливостями саме дошкільного віку, адже допомога в ранньому дитинстві здатна вирішити значну частину проблем, які неможливо буде розв'язати пізніше.

Актуальною проблемою сучасної педагогічної теорії та практики є підготовка дітей дошкільного віку з вадами психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі. Надання уваги цьому питанню великою кількістю педагогів, психологів, соціологів зумовлене тим, що діти з вадами психофізичного розвитку в сучасному демократичному суспільстві не мають права залишатися на узбіччі соціально-культурних процесів, системи людських взаємин та цінностей. Ці діти мають такі ж права, як і здорові діти, їм необхідно повноцінно навчатися, отримувати загальну освіту та в майбутньому приносити користь суспільству та державі.

Демократичний розвиток нашого суспільства, державна соціальна політика України вимагають розробки і впровадження в життя нових заходів, спрямованих на розвиток всебічної програми допомоги дітям з обмеженими психофізичними можливостями. Ця робота ґрунтується на міжнародних правових документах щодо захисту людей з обмеженнями життєдіяльності, у тому числі дітей з фізичними або інтелектуальними відхиленнями: Конвенція ООН про права дитини, „Саламанська декларація”, „Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів”. У доповіді „Права людини та інвалідність” (1991) Комісії з прав людини ЮНЕСКО (розділ III „Забобони стосовно інвалідів та їх дискримінація”) відображено офіційну позицію Європейського співтовариства: „Освіта повинна бути в межах можливого в загальноосвітніх школах, без прояву дискримінації у відношенні до дітей з обмеженнями психофізичного розвитку” [104, с. 28].

Втілення державою та громадськими організаціями напряму інклюзивного навчання і виховання дітей з обмеженими фізичними можливостями дошкільного віку набуває особливої уваги, тому що за останні роки стан їх здоров'я в Україні має тенденцію до різкого погіршення, постійно зростає кількість психофізичних захворювань. Захворюваність серед дітей дошкільного віку в Україні, яка призводить до інвалідності, зросла на 22–25 %. Причому існуюча державна система, яка діє через мережу спеціалізованих закладів різного типу, охоплює всього біля 20 % дітей з обмеженнями психофізичного розвитку. Ця частково оновлена система є, все ж таки, системою закритого типу, яка значно знижує педагогічне та адаптаційне значення всього процесу підготовки до навчання в школі. Звідси виникає потреба у втіленні на практиці більш ефективних форм адаптації дітей з обмеженими психофізичними можливостями в загальноосвітній шкільний простір [177, с. 49].

Це питання має широку громадську підтримку, тому що діти з обмеженнями життєдіяльності не повинні бути ізольовані від суспільства, вони повинні жити, навчатись і виховуватись у навчальних закладах відкритого типу, активно спілкуватися зі своїми однолітками. Держава та суспільство повинні ефективно надавати таким дітям допомогу в їх освіті, розвитку їх можливостей та здібностей, починаючи цю роботу вже в дошкільному віці.

Недоліки системи виховання та навчання закритого тип, де виховання ведеться в ізольованому замкненому просторі, де все пристосовано до вад дітей, але не пристосовує дитину до справжнього життя, помітив та відзначив у своїх роботах ще Л. Виготський [31].

Вітчизняними та зарубіжними вченими проведено чисельні дослідження, спрямовані на вивчення особливостей дітей з вадами психофізичного розвитку, доведено вплив трудової та практичної діяльності на формування у дітей з обмеженими психофізичними можливостями пізнавальної та мовленнєвої діяльності, розвиток спілкування та моторики (В. Бондар, Л. Виготський, О. Граборов, О. Глоба, В. Григоренко, І. Дмитрієва, Г. Дульнєв, О. Дьячков, І. Єременко, Л. Занков, В. Засенко, М. Земцова, А. Колупаєва, С. Конопляста, В. Липа, О. Літвак, В. Лубовський, М. Малофєєв, С. Миронова, Г. Мерсіянова, І. Моргуліс, Н. Назарова, В. Синьов, Є. Соботович, І. Соколянський, Н. Стадненко, В. Тарасун, Л. Фомічова, О. Хохліна, А. Шевцов, М. Шеремет, Д. Шульженко, М. Ярмаченко).

Підвищення інтересу до педагогічного аспекту підготовки дітей з вадами психофізичного розвитку до навчання у школі, процесу інтеграції таких дітей в загальноосвітній простір, їх реабілітації (абілітації) з кожним роком стає все більш актуальною. У сучасній педагогічній літературі спостерігається посилення уваги до проблеми соціалізації дитини з обмеженнями психофізичного розвитку та участі сім'ї такої дитини в реабілітаційному процесі (Г. Багаєва, Л. Грачов, З. Горинова,

Н. Дементьєва, Т. Ісаєва, Я. Коломенський, М. Ліборокіна, М. Лукашевич, О. Панов, О. Холостова та ін.); педагогічного захисту дитинства в Україні на державному, регіональному і місцевому рівнях, організації педагогічної підтримки дітей та молоді з обмеженнями психофізичного розвитку (В. Ляшенко, І. Рогальська, В. Тесленко та ін.).

Особливостям соціалізації сучасної молоді присвячено роботи Н. Гавриш, Ю. Галагузової, І. Дубініної, Н. Заверико, Н. Лавриненко, Г. Лактіонової, В. Москаленка, С. Савченка.

Аналіз проблеми реабілітації особистості у дошкільному дитинстві, розвиток соціальної компетентності дитини розкривають А. Богуш, Л. Варяниця, Н. Гавриш, Н. Захарова, М. Іваненко, О. Князева, О. Кононко, С. Курінна, І. Рогальська.

Перечислені автори наголошують на провідній ролі соціальних інститутів (загальноосвітні дошкільні заклади; міські служби для сім'ї, дітей та молоді; центри реабілітації; клуби за місцем проживання для дітей з вадами в розвитку; благодійні фонди; спілки – асоціації) у реабілітації дітей з обмеженнями психофізичного розвитку та підготовки їх до навчання в загальноосвітньому закладі.

Але залишається нерозробленою проблема педагогічного аспекту підготовки дітей дошкільного віку з обмеженнями психофізичного розвитку до інклюзивного навчання і виховання в дошкільному загальноосвітньому закладі. У системі освіти дітей з вадами в розвитку бракує вітчизняних методичних розробок, які дозволили б надавати корекційну допомогу таким дітям в дошкільному віці та їх сім'ям, починаючи одразу ж після виявлення патології за місцем проживання без відриву цієї дитини від сім'ї.

Міжнародна і вітчизняна практика свідчать, що на зміну ізольованому від суспільства вихованню дітей з обмеженнями психофізичного розвитку має прийти інтегроване в загальноосвітній простір навчання та виховання. Реабілітаційні заходи стосовно дітей з

психофізичними вадами розвитку мають розширюватись за рахунок розвитку сфери корекційної реабілітації, яка повинна починатися досить рано, щоб діти з психофізичними вадами в розвитку ще в ранньому віці могли максимально розвинути свої природні здібності без відриву від сім'ї і в подальшому своєчасно та найбільш повно інтегруватися в суспільство.

Аналіз теоретичних і практичних розробок з досліджуваної проблеми дозволив виявити *протиріччя* між:

- потребою дитини дошкільного віку з обмеженнями психофізичного розвитку в підготовці до навчання в загальноосвітньому просторі та недостатньою готовністю суспільства реалізувати такі педагогічні функції, що сприяють організації інклюзивного навчання;

- збільшенням попиту на корекційну допомогу дітям з обмеженнями психофізичного розвитку та обмеженою структурою дошкільних загальноосвітніх закладів такого типу;

- сучасними вимогами суспільства, орієнтованими на необхідність раннього виявлення особливостей особистісного розвитку дитини з обмеженнями психофізичного розвитку, корекції цих особливостей та недостатньою професійною готовністю суспільних інститутів для реабілітації й адаптації таких дітей в дошкільному загальноосвітньому закладі;

- необхідністю підготовки дефектологів і педагогічних працівників до роботи в дошкільних загальноосвітніх закладах для дітей обмеженнями психофізичного розвитку та відсутністю належної теоретико-методичної бази та підготовки.

Недостатня теоретична і практична розробленість педагогічних умов процесу підготовки дітей дошкільного віку з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання в дошкільних загальноосвітніх закладах зумовили вибір теми дослідження: **„Педагогічні умови підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі”**.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри дефектології та психологічної корекції Інституту педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Тема дисертації затверджена Вченою радою Луганського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол № 10 від 28.05.2004 р.) та узгоджена в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 6 від 27.06.2006 р.).

**Мета дослідження** – розробка та експериментальна перевірка педагогічних умов підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі.

Відповідно до мети було визначено такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити аналіз досліджуваної проблеми у загальній і спеціальній психолого-педагогічній літературі.
2. Розкрити сутність та структуру готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі.
3. Розробити, теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити педагогічні умови підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі та регіональну модель їх інтеграції в загальноосвітній простір.

**Об'єкт дослідження** – процес підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі.

**Предмет дослідження** – педагогічні умови, які забезпечують якісну підготовку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання і виховання в загальноосвітній школі.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** складають: вчення Л. Виготського про соціальну ситуацію розвитку людини як співвідношення зовнішніх і внутрішніх умов розвитку психіки; теорія соціальних і біологічних факторів розвитку особистості (Л. Божович,



Л. Виготський, Г. Костюк, С. Максименко, В. Синьов та ін.); результати досліджень проблеми самосвідомості у межах діяльнісного підходу (Б. Ананьєв, І. Кон, С. Рубінштейн, О. Соколова, О. Спіркін, С. Столін, І. Чеснокова та ін.); концепція соціально-психологічних особливостей соціалізації як процесу активного засвоєння індивідом соціальних норм, зразків поведінки (О. Агавелян, Е. Альбрехт, В. Бондар, Н. Коломинський, А. Корнієнко, В. Мерлін, С. Миронова, В. Синьов та ін.); наукові положення про підготовку дітей дошкільного віку до навчання в загальноосвітній школі (Е. Аркін, О. Венгер, Т. Зикова, А. Катаєва, С. Коробко, І. Осипенко, Г. Петроченко, Т. Поніманська, О. Проскура, С. Русова); теоретичні положення щодо корекційного навчання та виховання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку (В. Бондар, Т. Власова, В. Засенко, Г. Коберник, В. Лапшин, В. Лубовський, Н. Малофєєв, М. Певзнер, Б. Пузанов, В. Синьов, Е. Стребелева, М. Шеремет); сутність та значення інклюзивного навчання і виховання (В. Гудоніс, Р. Данієлс, С. Демчук, В. Зарецький, Є. Калижнюк, А. Колупаєва, А. Капська, О. Куц, І. Лошакова, С. Харченко, О. Ярська-Смирнова); роботи, пов'язані з реабілітацією дітей та молоді з обмеженими психофізичними можливостями (Р. Буре, Н. Виноградова, О. Глоба, В. Григоренко, В. Тесленко, С. Шацький, А. Шевцов).

Для розв'язання поставлених завдань і досягнення мети використовувався комплекс **методів** дослідження:

- *теоретичні*: вивчення, аналіз та узагальнення спеціальної психолого-педагогічної літератури з питань досліджуваної проблеми; аналіз спеціальних навчально-виховних програм і методик для теоретичного обґрунтування корекційно-реабілітаційної програми підготовки дітей старшого дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі;

- *емпіричні*: спостереження за корекційним процесом підготовки дітей з порушенням опорно-рухового апарату до навчання

в школі, збір і аналіз даних, бесіди, інтерв'ювання, анкетування, тестування з метою виявлення особливостей психофізичного розвитку дітей з вадами ОРА; педагогічний експеримент (констатувальний і формувальний) з метою визначення рівнів готовності цих дітей до навчальної діяльності;

- *статистичні*: кількісна та якісна обробка одержаних результатів дослідження, статистична обробка й узагальнення одержаних результатів дослідження за критерієм Фішера, Ст'юдента з метою перевірки ефективності формувального експерименту.

**Наукова новизна** отриманих результатів полягає в тому, що:

*уперше* розроблено регіональну модель інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітній простір та комплексну програму їх підготовки до навчання в школі; визначені, теоретично обґрунтовані та експериментально перевірені педагогічні умови підготовки цих дітей до навчальної діяльності;

*набули подальшого розвитку* наукові уявлення про інтегровані дошкільні загальноосвітні навчальні заклади як корекційно-педагогічні заклади компенсуючого типу, що надають дітям з психофізичними вадами можливості навчатись в загальноосвітньому інтегрованому просторі, адаптуватись у сучасному суспільстві;

*удосконалено* зміст, форми, засоби навчання і виховання дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату в дошкільному загальноосвітньому закладі.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає в тому, що використання розробленого змісту підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі дозволяє значно підвищити ефективність корекційно-виховної роботи дошкільних закладів, де виховуються діти з психофізичними вадами розвитку, сформувати у цих дітей інтерес до школи, позитивне ставлення до ровесників, ігрової та навчальної колективної діяльності.

Матеріали дослідження можуть бути рекомендовані батькам дітей, які мають особливі освітні потреби, їх можна використовувати у процесі професійної підготовки та у системі підвищення кваліфікації дефектологів, вчителів початкових класів, реабілітологів та соціальних працівників у вищих навчальних закладах різного рівня акредитації.

Результати дослідження **впроваджено** у практику діяльності Ровеньківського дошкільного навчального закладу № 3 Луганської області (довідка про впровадження № 55 від 03.03.2009 р.); дошкільних навчальних закладів № 49 та № 53 м. Краматорська Донецької області (довідки про впровадження № 2 від 24.02.2009 та № 112 від 27.02.2009 р.); Ровеньківської загальноосвітньої школи № 6 Луганської області (довідка про впровадження № 15 від 03.03.2009 р.); Краматорських загальноосвітніх шкіл № 24 та № 25 Донецької області (довідки про впровадження № 8 від 26.02.2009 р. та № 112 від 27.02.2009 р.); Управління освіти і науки Краматорської міської ради Донецької області (довідка про впровадження № 0113-345 від 24.02.2009 р.); Управління освіти і науки Ровеньківської міської ради Луганської області (довідка про впровадження № 194 від 06.03.2009 р.); Луганського національного університету імені Тараса Шевченка (довідка про впровадження № 1/947 від 22.05.2008).

**Особистий внесок здобувача** в працях у співавторстві полягає у розробці структури і змісту комплексної програми підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі, розробці рекомендацій для фахівців, батьків і членів сімей, де виховуються діти з вадами ОРА.

**Апробація результатів дослідження.** Основні теоретичні положення та практичні результати дисертаційного дослідження доповідались на науково-практичних та науково-методичних конференціях різного рівня: *міжнародних* – „Проблеми та шляхи впровадження інтегрованого навчання й виховання дітей з особливими потребами” (Луганськ, 2005), „Соціальна робота в Україні: вектори

розвитку у третьому тисячолітті” (Київ, 2007); *всеукраїнській* – „Вища освіта інвалідів: рівні права – рівні можливості” (Ялта, 2006); *регіональній* – „Психолого-педагогічні та соціальні аспекти шкільної дезадаптації на початковому етапі шкільного навчання” (Ровеньки, 2006).

Результати дисертаційного дослідження обговорювалися та отримали позитивну оцінку на засіданнях кафедри дефектології та психокорекції, соціальної педагогіки та соціальної роботи Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, на засіданнях колегії головного управління праці та соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації.

**Публікації.** Основний зміст дисертації викладено в 16 публікаціях (15 – одноосібних), із них 9 статей у наукових фахових виданнях, 1 навчально-методичний посібник.

**Структура роботи.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (240 найменувань, із них 4 іноземних джерела). Загальний обсяг роботи 277 сторінок, з них 176 сторінок основного тексту та додатки на 83 сторінках. Рукопис містить 21 рисунок, 12 таблиць.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ

1.1. Процес підготовки дітей з вадами психофізичного розвитку до навчання у загальноосвітній школі як педагогічна проблема

За статистикою, в Україні лише 30 % дітей з обмеженими психофізичними можливостями відвідують дитячий садок або спеціалізовані заклади. Як наслідок – діти приходять до школи з різним рівнем навчальної підготовленості [95].

Рівень підготовки дитини з вадами психофізичного розвитку відбиває певний ступінь зрілості всього організму та нервової системи, а також має залежність від існуючого відхилення у стані здоров'я такої дитини. Крім того, суттєве значення має набутий у передшкільному віці запас елементарних знань про навколишній світ, найпростіші навички розумової діяльності, рівень розвитку мовленнєвої сфери, пізнавальних процесів, сформованість суспільних мотивів поведінки та морально-вольових якостей, життєвої компетентності, самостійності, вміння долати труднощі.

Німецький вчений Адольф Дістервег (XIX ст.) одним з перших висловлював думку, що у виховному процесі важливу роль відіграє культура соціуму, умови міста та часу, в якому народилася дитина або доведеться їй жити.

Велике значення приділяла питанням підготовки дитини до навчання та життєдіяльності в соціумі за допомогою ігрової діяльності, національного виховання, створення можливостей для виявлення творчих

сил дитини Софія Русова. Вона стверджувала, що дітей не можливо ні до чого примушувати; вихователь повинен розуміти дитину, відчувати її щиросердечний стан. У дитячому садку замість атмосфери шкільної дисципліни повинен бути присутнім дух розкнутості, радості, веселощів. Важливим принциповим завданням дошкільної установи, за концепцією С. Русової, є розвиток творчих здібностей дитини, виховання, починаючись від найпростішого переймання дитиною у колі свого найближчого оточення, доходить до широких ідеалів, до глибокої свідомості як громадянина, як члена держави, як сина свого народу [180, с. 7].

Сприятливою умовою корекції психофізичних вад дитини в дитячому садку виступає товариство однолітків, яке відіграє провідну роль при створенні необхідного освітньо-виховного середовища у підготовки дитини до навчання в загальноосвітньому просторі. Спілкування з дітьми, які мають нормальний розвиток, спільні ігри і заняття впливають на дитину з психофізичними вадами так, що вона почуває себе вільно і комфортно. У центрі педагогічної концепції Софії Русової перебуває дитина з її природженими задатками, здібностями, можливостями, талантами. Окрему роль в питанні корекційної роботи з дітьми, що мають обмеження психофізичного розвитку, С. Русова відводить вчителю: „...щоб вести дитину до соціального, морально-естетичного і розумового розвитку, треба, щоб і вчителі по школах, і керівники по дошкільних установах мали відповідну підготовку...” [180, с. 68].

А. Усова концентрує увагу на особистісному підході щодо роботи з дитиною на заняттях. Такий педагогічний підхід сприяє розкриттю особистості дитини, корекції вад психофізичного розвитку, адаптації в дитячому середовищі [211, с. 120].

Розглядаючи питання підготовки дитини з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання в школі, треба звернути увагу на зв'язок сенсорного виховання з розумовим розвитком логічного

мислення; єдність виховання і навчання створюють необхідну основу для адекватних дій дитини, для та корекції психофізичних вад розвитку. Зі слів М. Монтесорі „...дитина повинна не тільки жити, а й творити в собі людську особистість, адже в цьому полягає її індивідуальність... Дорослий не вчить дитину, а допомагає їй пізнавати навколишній світ. Головною умовою при цьому є свобода і самостійність, оскільки несамотійна людина не може бути вільною”. Педагогічна теорія та методика навчання та виховання дітей Марії Монтесорі в подальшому набула свого широкого розвитку в інклюзивній освіті [138, с. 108].

Проблемі адаптації дитини у шкільному середовищі в своїх роботах приділив велику увагу С. Шацький. На думку автора, „ між основними сторонами життя дитини – фізичною працею, грою, творчістю, інтелектуальним і соціальним розвитком – існує зв’язок і взаємодія; зміни, що відбуваються в одному з напрямів, викликають зміни в іншому” [223, с. 87]. С. Шацьким було запропоновано методологічні підходи до організації взаємодії школи та дитячого середовища, що є особливо актуальним стосовно дітей з вадами психофізичного розвитку.

Педагогічна проблема входження дитини з психофізичними вадами в розвитку до загальноосвітньої спільноти, за даними психологів, проходить три фази особистісного становлення: *адаптацію* (засвоєння цінностей і норм, певне уподібнення до інших членів спільноти); *індивідуалізацію* (пошук засобів утвердження своєї індивідуалізації в процесі ототожнення із соціумом); *інтеграцію* (суперечливу стадію, на якій соціум прагне уподобати особистість до власних очікувань, а особистість прагне персоніфікуватися). „Таким чином, поступово формується чітка структура особистості, закріплюються відповідні особистісні новоутворення, відбувається соціальний розвиток особистості через постійне повторення названих фаз при входженні індивіда до різних соціальних груп. Виховання як механізм соціалізації ставить дитину перед новими завданнями, які відповідають її зміненим

можливостям та новій свідомості. З урахуванням цього, виховання упорядковує, об'єднує й використовує всі інші механізми соціалізації.....” [1, с. 8].

Л. Виготський наголошував на необхідності створення такого освітньо-виховного середовища, де дитина з психофізичними вадами в розвитку не була б виключена зі спільноти дітей з нормальним розвитком. За переконаннями Л. Виготського діти з обмеженими психофізичними можливостями спроможні до всієї повноти людської поведінки, тобто активної життєдіяльності. Усі особливості їх виховання зводяться до заміни одних шляхів освіти іншими” [31, с. 60].

Автор робить висновок, що при всіх позитивних якостях наша спеціальна школа має один найважливіший недолік – вона замикає дитину з психофізичними вадами в розвитку, у вузьке коло спеціального шкільного середовища, у якому все пристосовано до життєдіяльності з урахуванням дефекту у стані здоров'я цієї дитини. Таке ставлення загострює увагу дитини з обмеженнями життєдіяльності на існуючому недоліку в розвитку, що не дає їй повноцінно жити.

На думку Л. Виготського, загальноосвітнє середовище має вирішальне значення для формування та розвитку дітей дошкільного віку з обмеженнями психофізичного розвитку, в якому особлива увага повинна бути приділена спілкуванню і співробітництву, він писав: „...навчання слід направити по лінії дитячих інтересів” [31, с. 111]. Отже, пізнання і засвоєння життєвого досвіду дитини повинно відбуватися у процесі постійної тісної взаємодії з довколишнім середовищем, у процесі діяльності дитини і діяльності того, що оточує дитину.

Л. Виготський геніально передбачив пріоритетні напрями корекційної роботи і говорив, що фізичні недоліки, мабуть, будуть переможені людством, „...але значно раніше воно переможе їх в соціальному і педагогічному плані, чим у плані медичному і біологічному” [32, с. 71].



Ідеї Л. Виготського мають актуальність і сьогодні, коли система спеціального навчання знижує соціальний статус дитини з обмеженнями психофізичного розвитку, обмежує роль сім'ї у вихованні життєвої компетентності цих дітей, не охоплює всіх дітей, які потребують корекційної допомоги [33; 34].

Значний внесок у розвиток дошкільної і шкільної педагогічної науки і практики зробив В. Сухомлинський, визначивши сутність проблеми підготовки дитини до школи. Головні твори його життя „Серце віддаю дітям”, „Народження громадянина”, „Листи до сина” та інші розкривають зміст його педагогічних ідей та поглядів. Головними складовими процесу виховання він вважав учителя, вихованця і колектив.

Велике значення у процесі виховання та навчання дитини, вважає В. Сухомлинський, відіграє середовище. Воно ефективно впливає на розвиток особистих здібностей дитини, підвищує інтерес та бажання дитини до навчання. „Виховання, – писав він, – це, поперед всього, людинознавство. Без знань дитини – її розумового розвитку, мислення, інтересів, захоплень, здібностей, задатків, схильностей – немає виховання” [205, с. 11].

Кожна дитина, це досить активна і самостійна істота, яка не копіює життя, а вже живе. „Дитинство – важливий період людського життя, не підготовка до майбутнього життя, а справжнє, яскраве, своєрідне, неповторне життя. І від того, як пройшло дитинство, хто вів дитину за руку в дитячі роки, що ввійшло в його розум і серце із оточуючого світу, - від цього у вирішальній мірі залежить, якою людиною стане сьогоднішній малюк” [204, с. 22]. В.Сухомлинський в кожній дитині бачив її індивідуальні риси, її своєрідність, те, що з'являється в дитині згідно суспільним стосункам, соціуму.

У ХХ столітті поширення практичного досвіду корекційної роботи з дітьми, які мають обмеження у психофізичному розвитку, стало можливим завдяки роботам вчених Т. Власової, С. Забрамної, Г. Коберника,

Н. Коломинського, Е. Крутого, В. Лапшина, Б. Пузанова, В. Синьова та ін; **розкриттю** загальних та психолого-педагогічних особливостей дітей з психофізичними порушеннями розвитку у роботах Л. Божович, Б. Братуся, О. Глоби, В. Григоренко, Д. Ельконіна, М. Єфіменко, М. Іпполітової, Є. Каліжнюк, Г. Костюка, Г. Кузнецова, І. Левченко, О. Леонтєва, С. Максименка, І. Мамайчука, А. Прихожан, Н. Симонової, В. Слободчикова, В. Сухомлинського; **визначенню** змісту й особливостей навчання та виховання дітей з вадами психофізичного розвитку у роботах В. Бондара, Л. Виготського, Т. Власової, І. Дмитрієвої, В. Засенка, А. Захарова, В. Золотоверх, І. Ковшова, В. Липи, В. Лубовського, І. Ляхової, Н. Малофєєва, М. Певзнер, Б. Пузанова, Л. Одинченко, В. Синьова, Е. Стребелевої, В. Тарасун, О. Хохліної, А. Шевцова, М. Шеремет, М. Ярмаченка.

Питанням розвитку інклюзивної освіти наприкінці ХХ – початку ХХІ сторіччя приділяли увагу В. Крижановський, А. Колупаєва, І. Лошакова, А.Мудрик, В.Тарасун, М.Шеремет, Д.Шульженко, О. Ярська-Смирнова. Автори розглядають інклюзивну модель освіти, як систему, яка забезпечує можливість розвитку нових якісних підходів до освіти дітей з психофізичними вадами в розвитку.

Інклюзивна освіта, за словами І. Лошакової та О. Ярської-Смирнової, припускає, що діти з обмеженнями життєдіяльності, навчаючись у звичайних класах, спілкуючись з однолітками на різних повсякденних заходах, розширюють можливості соціальних контактів. Діти з психофізичними вадами в розвитку, у процесі навчання з дітьми, що не мають відхилень в розвитку, не тільки взаємодіють між собою, але і розвиваються, коли ухвалюють сумісні рішення в навчальній діяльності [119].

Питанням оптимізації педагогічної діяльності у процесі інтеграції дитини в дитяче середовище та суспільство присвячено праці А. Мудрика: „...педагог є посередником між дитиною і дорослим,

дитиною і її оточенням, а також наставником при безпосередньому спілкуванні з дитиною і її оточенням” [142, с. 22]. Автор розкриває сутність механізмів соціалізації дитини в колі одноліток:

- перший механізм соціалізації дитини – традиційний. Це засвоєння дитиною норм, еталонів поведінки, поглядів, які характерні для сім’ї й найближчого оточення. Таке засвоєння відбувається на неусвідомленому рівні за допомогою відбиття некритичного сприйняття домінуючих стереотипів;

- другий механізм – інституціональний. Реалізується у процесі взаємодії особистості з різноманітними інститутами суспільства й організаціями, спеціально створеними для її соціалізації, й тими, що реалізують функції соціалізації паралельно зі своїми функціями;

- третій – стилізований, який діє в межах субкультури (комплекс цінностей, норм, морально-психологічних рис і поведінкових проявів, які є типовими для людей певного віку чи певної професійної й культурної верстви, який у цілому створює певний стиль життя тієї чи іншої вікової, професійної чи соціальної групи);

- четвертий – міжособистісний. Функціонує у процесі взаємодії особистості із суб’єктивно значущими для неї особами і є психологічним механізмом легітимного переносу на основі емпатії, ідентифікації та ін.;

- п’ятий – рефлексивний. Це внутрішній діалог, у якому людина розглядає, оцінює, приймає чи відкидає ті або інші цінності, властиві різноманітним інститутам суспільства, сім’ї, товариству ровесників, значимим людям [142].

Безперечно, що пристосування дитини з вадами психофізичного розвитку до загальноосвітнього середовища є важливим елементом корекційної роботи, оскільки входження такої дитини до загальноосвітнього дошкільного простору пов’язане з адаптацією дитини.

Роботи І. Рогальської вказують, що перші суттєві зміни у житті дитини дошкільного віку відбуваються під час її приходу в дошкільний

заклад, коли змінюються умови соціального середовища. „Від того, як пройде процес пристосування дитини до нового режиму дня, до незнайомих дорослих і нових дітей, залежить її фізичний та психічний розвиток, позитивне соціальне самопочуття, яке в кінцевому підсумку визначає уміння адекватно сприймати навколишній соціальний світ, гармонійно поводитись у нових соціальних умовах” [179, с. 231].

Питанням підготовки та навчання дітей з психофізичними вадами розвитку у школі приділяли велику увагу такі фахівці, як І. Богуславська, Л. Григорян, І. Гудзик, В. Дініскіна, М. Ефименко, Т. Зикова, О. Качмар, М. Козленко, І. Козьявкін, А. Маллер, О. Мастюкова, Л. Плаксіна, С. Русова, Л. Солнцева, О. Стребелева, Б. Тупоногова, А. Шевцов, М. Шеремет, Л. Шестопалова, Н. Шматко [15; 48; 53; 71; 86; 101; 134; 164; 180; 192; 202; 209; 225; 229]. У своїх працях автори розкривають питання виховання дітей з вадами психофізичного розвитку, їх життєвої компетенції та підготовки до життя в колі одноліток; дослідниками розроблено низку корекційних програм для дітей дошкільного віку та для дітей спеціальних освітніх шкіл; авторами запропоновано систему раннього виявлення дітей з різними порушеннями в розвитку та ранньої корекційної допомоги таким дітям [15; 53; 86; 134; 180; 192; 202; 209; 225].

Суттєвий внесок в розвиток педагогічної роботи з дітьми зробила Т. Зикова. Її праці, присвячені проблемі соціально-побутової орієнтації дітей з обмеженнями психофізичного розвитку, враховуючи та використовуючи при цьому велику кількість навчальних програм, методичних посібників, рекомендацій, дидактичних матеріалів для учнів спеціальних (корекційних) освітніх закладів. Широко висвітлена в роботах автора роль школи, сім'ї, суспільства в адаптації дітей з обмеженими можливостями [86; 87].

Питання підготовки дітей з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання в школі у спеціальній дошкільній педагогіці порушують у своїх працях О. Стребелева та Б. Тупоногов [202; 209]. Зокрема, в них

розглянути питання психолого-педагогічної допомоги дітям з психофізичними вадами у розвитку. Ці автори велику увагу приділяли питанню діагностики та виявлення недоліків у розвитку дитини, корекційно-розвиваючого навчання дітей з психофізичними вадами в розвитку. Ними експериментально виявлено, що основним засобами корекції відхилень у розвитку дошкільників з психофізичними вадами є навчання: „...сучасна дидактика визначає навчання, як двосторонній процес взаємодії педагога і дитини з метою формування знань, вмінь та навичок. Взаємодія дорослого і дитини здійснюється за допомогою механізму спілкування” [209, с. 17].

У роботах Н. Шматко приділяється увага становленню вищих психічних функцій. Автор звертає увагу на інтегроване навчання, враховуючи досвід наукових досліджень: „Однією з форм допомоги можуть бути групи нового виду – групи надомного навчання і короткочасного перебування для дітей з відхиленнями в розвитку у спеціальних (корейційних) загальноосвітніх дошкільних закладах....Основна форма корекційної допомоги – індивідуальні заняття або заняття малою групою (по 2–3 малюки) при обов’язковій присутності батьків” [229, с. 14]. Велика увага приділяється питанню спеціальної підготовки та перепідготовки кадрів та педагогів загальноосвітніх і спеціалізованих закладів, де навчаються діти з обмеженнями психофізичного розвитку. Метою такої підготовки є оволодіння вчителями масових шкіл та дитячих закладів дефектологічними знаннями та спеціальними технологіями, які забезпечують можливість кваліфікованого навчання дітей з відхиленнями [230, с. 57].

Роботи Е. Бондаренко, Л. Виготського, Т. Ілляшенко, А. Катаєвої, Є. Певзнера, О. Стребелевої, С. Тарасюк, О. Хохліної розкривають психолого-педагогічні особливості дітей з розумовою відсталістю та дітей із затримкою психічного розвитку; Г. Загурська, Т. Зикова, М. Іполітова, О. Леонтєв, М. Лисіна, О. Мастюкова, В. Петрова, М. Шеремет,

С. Шевченко зробили поглиблений психолого-педагогічний аналіз розвитку дітей з порушенням мовлення при первинно збережених передумовах нормального слуху та інтелектуального розвитку; патологію порушення слуху розглядали досвідчені психологи та педагоги Т. Зикова, Г. Коберник, Б. Пузанов, Т. Розенова, В. Синьов, Л. Солнцева, І. Соловйова, Є. Хотеева; психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями зору розглянуто в роботах В. Дініскіна, В. Єрмакова, М. Земцова, А. Каплан, Б. Коваленко, Н. Коваленко, Ю. Кулагіна, В. Лонина, Л. Плаксіної, Л. Солнцевої, Е. Стребелевої, Є. Синьової; питання навчання та виховання осіб з порушеннями опорно-рухового апарату розкривають у своїх роботах Р. Бабенкова, Л. Бадалян, О. Глоба, В. Григоренко, М. Єфіменко, Л. Журба, Т. Зацепіна, О. Зінов'єва, М. Іпполітова, Е. Каліжнюк, М. Козленко, В. Козьявкін, О. Кочмар, О. Мастюкова, К. Семенова, Б. Сермеєв [11; 21; 32; 36; 38; 43; 54; 70; 71; 82; 86; 91; 92; 101; 163; 159; 186; 187; 193; 206; 221; 226; 228].

Усі роботи авторів, наведених вище, вказують на існуючі труднощі, які виникають у процесі навчання і виховання дітей з психофізичними вадами розвитку. Як традиція, такі діти для отримання освіти залучаються до спеціалізованих шкіл-інтернатів або надомного навчання, створюючи для них особисте захищене середовище, яке не враховує їх основні потреби, де вони ізольовані від суспільства, від родини та друзів, приречені на все життя залишатися зі статусом інваліда, що може призвести в подальшому до повторної інвалідності – соціальної.

Практика свідчить, що включення дітей з обмеженнями психофізичного розвитку в загальноосвітнє середовище, як правило, стає каталізатором перетворень, які ведуть до оптимальної адаптації дитини в товаристві однолітків і в соціумі. Система освіти має бути відповідальна за навчання всіх дітей, незалежно від стану їх здоров'я, здібностей і можливостей. Школа не має права вибирати собі учнів. Учні мають право навчатися разом зі всіма.

У 1998 р. 92 країни світу підписали конвенцію, що стала основою інклюзивної освіти для дітей з різних груп і соціальних шарів, у тому числі, для людей з вадами психофізичного розвитку. Мета конвенції - дати всім, хто навчається, можливість найбільш повноцінного життя, найбільш активної участі в колективі, місцевому співтоваристві, забезпечити якнайповнішу взаємодію, допомогу один одному як членам співтовариства. Цей ціннісний імператив вочевидь показує, що всі члени шкільного колективу і суспільства зв'язані між собою і що учні не лише взаємодіють між собою у процесі навчання, але і розвиваються, коли приймають спільні рішення з приводу управління процесами в навчальній аудиторії [104].

Велику увагу щодо питань виховної функції загальноосвітнього дошкільного дитячого простору у своїх роботах приділяє Н. Селіванов. Вчений вважає, що „Виховний простір, надаючи можливості для самореалізації школяра, тим самим забезпечує його суб'єктність...створює умови для його самореалізації” [185, с. 8]. Роль загальноосвітнього дошкільного середовища щодо майбутньої адаптації дитини у своїх роботах розкриває Г. Сорокових: „...середовище становить собою джерело, яке живить і розвиває особистість у процесі спільної діяльності й спілкування...” [194, с. 63].

М. Боритко вказує на формування розвитку особистості дитини дошкільного віку, стверджуючи, що „шлях через впливи середовища з позиції соціального виховання – це шлях опосередкованого управління процесом формування й розвитку особистості дитини...” [22, с. 60].

Адаптація дитини як процес залучення її до життєвої дійсності має складну структуру. Вона розгортається в конкретних умовах життєдіяльності дитини і обумовлюється багатьма факторами. Власне саме в діяльності людина виражає себе як суспільний індивід, проявляє особистісні смисли, виявляє самостійність, ініціативу, творчість та професіоналізм, засвоює нові види життєвої компетенції. Отже,

діяльність є динамічним процесом, у ході якого розвивається власне особистість [178]. Функцією адаптації за словами І. Рогальської є прилучення дитини до загальнолюдських цінностей, соціальних норм, суспільних вимірів буття, а також розвиток в неї національних, духовних та інших типологічних рис та якостей; „...змістом соціалізації є засвоєння дітьми певних соціальних ролей, що дає їм змогу в подальшому стати носіями суспільних відносин, виробити власні цінності, орієнтації і установки, а також розвивати унікальні якості їхніх індивідуальностей” [179, с. 24].

Дослідження С. Савченко показало, що сьогодні адаптацію слід розглядати як: а) багатоскладний і багатофакторний процес набуття індивідом людських властивостей і якостей, спрямованість яких визначається конкретною соціальною ситуацією; б) явище, сутнісні характеристики якого забезпечують суб'єкт-суб'єктну єдність особистості, що виражається в одночасному засвоєнні й відтворенні соціальних цінностей і норм; в) соціокультурний феномен, який характеризується незмінністю психологічних механізмів і їх неповторністю у контексті становлення конкретної людської особистості; г) рушійну силу, що активізує процеси самоперетворення, які відбуваються на тлі змін соціокультурного середовища; г) соціально-педагогічне поняття, яке відображає хід соціального формування особистості в конкретному соціокультурному середовищі; д) процес соціальної ідентифікації типу особистості, на відміну від виховання, яке формує внутрішній духовний світ людини; є) невід'ємну частину цілісного навчально-виховного процесу в усіх типах навчальних закладів у системі освіти України [182, с. 10].

А. Капська і А. Петровський вказують на те, „що соціалізація є постійним, тривалим та безперервним процесом входження людини в соціум, тоді як соціальна адаптація є процесом входження людини до конкретної соціальної спільноти через засвоєння соціального досвіду цієї



спільноти та використання набутого раніше соціального досвіду” [95, с. 192].

А. Капська вважає провідним компонентом педагогічної роботи з дітьми формування індивідуальності з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної дитини. Автор стверджує: „Побудова взаємозв’язків дитини із мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, організації оздоровлення” [95, с. 138].

У дослідженнях російських і українських вчених (Д. Ельконін, Е. Єрмакова, О. Кульчицька, В. Моляко, Н. Лейтес, І. Охулкова, Є. Субботський, В. Тарасун, У. Ульєнкова, А. Усова, Е. Юркевич та ін.) виявлено більш перспективні можливості розвитку пізнавальних здібностей у старших дошкільників, ніж учнів початкової школи. При цьому вчені акцентують увагу на найбільш важливій умові когнітивного розвитку – формуванні позитивного ставлення дитини до знань та їх надбання.

Проблема психологічної готовності до школи ґрунтовно представлена в працях зарубіжних і вітчизняних дослідників. Вченими з’ясовано ряд особливостей психологічної готовності до школи: рівень сформованості пізнавальної діяльності, соціально-комунікативних навичок, емоційно-вольової сфери, навчальної мотивації, коло актуальних знань і уявлень про навколишній світ (А. Венгер, С. Коробко, Е. Кравцова, Л. Плаксіна, Т. Поніманська, А. Усова, Л. Хазенрук та ін.). Основними компонентами психологічної готовності до школи визнано мотиваційний і вольовий компоненти особистості.

Ступінь психологічної готовності дітей до школи багато в чому залежить від їх анатомо-фізіологічних особливостей. Стан нервової, серцево-судинної систем, розвиток великих і дрібних м’язів в значній мірі

визначають характер психологічних процесів, а також деякі особистісні якості дітей.

Тому вихователь повинен добре знати анатомо-фізіологічні особливості старших дошкільників, і навчально-виховний процес організувати з урахуванням цих особливостей. Протягом 7-го року життя відбувається яскраво виражена перебудова загального розвитку дітей, що є підставою для виділення цього періоду в житті дитини як особливого і переломного.

Кістки 6-річних дітей досить легко деформуються, вони еластичні, гнучкі, тому що ще не отверділі. Кістки насичені кровоносними судинами, що створює сприятливі умови для їх живлення, проте сприяє і швидкому поширенню в них запальних процесів. До 6-7 років відбувається потовщення стінок кістки, що покращує їх опірність механічним впливам. Змінюється і характер з'єднання кісток. До 6 років у дітей з'являються ядра окостеніння в зап'ясті, тому кисть руки у шестирічок достатньо підготовлена для роботи в школі.

Дуже чутливий до деформуючих впливів хребет 6-7-річної дитини. Найменші порушення обмінних процесів у хрящовій тканині хребта призводять до органічних змін, що викликають сколіоз. Якщо дитина скаржиться на біль у ногах при ходьбі або стані, то це може бути проявом перших ознак плоскостопості. До 6-річного віку інтенсивно розвиваються великі м'язи, особливо ті, які забезпечують прямостояння, ходьбу, біг. Тому дуже важливо дотримання рухового режиму: не можна обмежувати дітей на прогулянці в активних рухах, необхідно організовувати рухливі ігри на повітрі і т.д. Влучність і точність руху виробляється у грі. У розвитку всього опорно-рухового апарату велике значення має ходьба [216].

У дітей ще слабо розвинені дрібні м'язи кисті. Тому тривалість письмових вправ не повинна перевищувати 8-10 хвилин. При зловживанні письмовими вправами у дітей починають тремтіти руки, порушується координація рухів пальців [109].

Скелетна мускулатура дітей характеризується слабким розвитком сухожиль. Не витримує великих напруг черевний прес при підйомі важких речей; слабкі пахові кільця у хлопчиків і понадмірна напруга черевного преса можуть призвести до утворення пахової грижі. При довгому сидінні за партою, носінні важкості можуть спостерігати ся функціональні відхилення і викривлення хребту. З огляду на особливості кістково-м'язової системи, необхідне дотримання наступних умов: збереження загального обсягу рухової активності дітей протягом дня і правильність її організації; вдосконалення вільних, природних рухів (ходьба, біг, стрибки, підскоки на одній і двох ногах, перелазання); освоєння ряду складних рухових дій (акробатичні вправи, вправи на розвиток вестибулярної стійкості); систематичне тренування тонких рухів пальців руки, що стимулює морфологічне і функціональне формування тих областей півкулі головного мозку, які керують розвитком мовлення дитини [101].

Дослідження серцево-судинної системи дітей показало - що маса серця щодо маси тіла становить 0,80 - 0,63% у дорослих - 0,52 - 0,48%. Пульс у семирічних дітей - 85-90 ударів в I хвилину. Для шестирічок характерна аритмія дихання. На один дихальний рух припадає 3,5 ударів пульсу. Артеріальний тиск 90\60 мм рт.ст. Період від 6 до 7 років являє собою якісний стрибок у вдосконалювання регуляції кровообігу, що вимагає більш щадних розумової, динамічної, статичної навантажень в режимі дня.

Будова дихальної системи значною мірою відрізняється від органів дихання дорослих. Істотне значення для процесів газообміну дитини має те, що з віком збільшення легенів відбувається головним чином за рахунок альвеол. Споживання кисню в цьому віці у дітей значно вище, ніж у школярів, а відсоток використання нижче у зв'язку з цим діти не можуть довго виконувати роботу в аеробних умовах. Тому їм не можна давати багато вправ на затримку дихання. Група повинна постійно провітрюватися. По можливості всі рухливі ігри слід проводити на повітрі.

Обсяг сечового міхура у дітей 5-7 років близько 500 мл. Сечовипускання більш часте і відбувається при неповному заповненні сечового міхура. У середньому від 5 до 10% дітей хворіють енурезом - захворюванням видільної системи [216].

Найбільш вираженою віковою динамікою характеризується нервова система, і перш за все головний мозок. Вага мозку становить 90% ваги мозку дорослої людини; розміри поверхні кори мозку - більше 90% розмірів поверхні кори дорослої людини. Центральна нервова система є головним регулятором всіх життєвих процесів в організмі дитини, у тому числі його поведінки. Морфологічна перебудова супроводжується більш істотними змінами в активності головного мозку і відбивається на його психічних функціях.

До 6 років зростає сила і рухливість нервових процесів. Більш стійким стає внутрішнє гальмування. Підвищується працездатність кори, тому 6-річні діти можуть зосередити свою увагу на певних об'єктах до 15 хвилин. Особливостями вищої нервової діяльності шестирічок є висока функціональна виснаженість нервових клітин кори головного мозку, мала стійкість уваги, швидко розвивається тривалий стан занепокоєння, відволікання дітей під час діяльності, що вимагає зосередженості. Здатність нервових клітин перебувати в діяльному стані досить незначна. Крім того, нервові процеси в них не можуть концентруватися лише в певних центрах, а поширюються по всій корі головного мозку. Як наслідок - швидке стомлення нервової системи дітей.

До 7 років триває переважний вплив симпатичної нервової системи. Тому у шестирічок часто спостерігається дихальна і серцева аритмія, пітливість, спазми гортані і т.д. До 6-7-річного віку остаточно дозрівають найбільш складні лобові частки, спостерігається здатність утримувати програму дії з декількох рухів і попередити результат дії. Різко зростає в житті дитини значення другої сигнальної системи та роль словесного мислення. Посилюється узагальнююча функція слова. Проте узагальнення

носить ще елементарний характер і проводиться дітьми за однією ознакою, в основі якого лежить функціональний ознака (ніж - це яким ріжуть, літак - це який-летить). З 6 років поступово діти починають користуватися поняттями, які утворюються при відверненні від дії; виділяти загальні або групові ознаки.

До 6-7 років відбувається морфологічне дозрівання лівої півкулі, в результаті чого є нові міжполярні відносини і взаємодія першої та другої сигнальної систем. Відомо, що півкулі головного мозку нерівноцінні. Права півкуля має відношення до процесів самосприйняття, ліве - до словесно-розумової діяльності. До 5-річного віку асиметрія правої та лівої півкуль стає чітко вираженою.

Діяльність другої сигнальної системи до 5-7-річного віку є переважаючою. Однак у вищій нервовій діяльності шестирічок значну роль відіграє і перша сигнальна система. При меншій активності порівняно з лівою півкулею праве випереджає його за часом реагування. Тому у 6-річок необхідно активізувати першу сигнальну систему шляхом використання наочності.

Фізіологи вважають розглянутий віковий період сензитивним у формуванні мозкових механізмів зорового і слухового сприйняття, що має важливе значення для педагогічної практики (підтверджує необхідність використання зорової і слухової наочності, доводить спосібність дітей розрізняти відтінки кольору, диференціювати звуки рідної мови). До цього часу вдосконалюється слухове сприйняття: фонематичний і музичний слух, почуття ритму [3].

Сенсорна інформація, що отримується нами за допомогою органів почуттів, має значення не тільки для організації діяльності внутрішніх органів і поведінки відповідно навколишньому середовищу. Сенсорна інформація є важливим фактором розвитку дитини. Існує прямий зв'язок між рівнем розвитку опорно-рухового апарату дитини і його загальним фізичним і психічним розвитком. Сенсорна інформація є необхідною

умовою його формування та розвитку як особистості. Будова органів зору, слуху у дітей 6-річного віку відповідає будові очей і вух дорослої людини. Різноколірна чутливість шестирічок нижче в порівнянні зі старшими дітьми, в той час як абсолютна вище.

З п'яти років починає підвищуватися світлова адаптація. Гострота зору в цьому віці складає 0,3 - I. До 7-річного віку у дітей переважає далекозора рефракція, відсоток її досить високий і становить 81,9%. Протягом шкільного життя відбувається зворотний процес; збільшується відсоток учнів з короткозорою рефракцією. Якщо далекозорість розвивається до 6-річного віку, є небезпека виникнення косоокості. Щоб уникнути цього явища необхідно забезпечити правильні гігієнічні умови для зорового сприйняття. Гострота слуху у дітей 6-7 років досить висока. Нюхова, смакова, тактильна та інші види чутливості у дітей до 6-12 років розвинені практично так само, як у дорослих. До 6-річного віку формуються нові важливі сенсорні здібності: вміння визначати параметри предметів (довжину, ширину, товщину, висоту), правильно оцінювати абсолютні і відносні розміри предметів, їх обсяг, вагу і пропорції; орієнтуватися в просторі і часі [133].

Враховуючи анатомо-фізіологічну готовність шестирічок до школи, треба пам'ятати про те, що морфофункціональні спроможності організму шестирічних дітей, незавершеність розвитку важливих для навчання систем, перш за все центральної нервової системи, опорно-рухового апарату визначає високу чутливість організму до несприятливих умов, зовнішніх впливів. Будь-яке неблагополуччя у стані здоров'я, погіршуючи стан центральної нервової системи, є однією з основних причин високої стомлюваності, низької розумової непрацездатності і, як наслідок, низької успішності. Тому успішність навчання в школі визначається, в основному, тим рівнем стану здоров'я, з яким малюк прийде в перший клас.

На жаль, здоровими починають навчання лише 20-25% дітей. Найбільш часто зустрічаються захворювання зубів (каріозна хвороба),

неправильний прикус, ангіни, хронічні тонзиліти, захворювання серцево-судинної системи, нирок, суглобів, органів травлення та інші ураження. Надзвичайно поширені в дітей захворювання верхніх дихальних шляхів (вуха, горла і носа). Це перешкоджає надходженню достатньої кількості кисню повітря в легені та інші клітини організму, особливо головного мозку, що призводить до швидкої стомлюваності, зниження працездатності, пам'яті і, як наслідок, до недостатнього засвоєння необхідних знань, умінь, навичок [160].

Неодмінною умовою успішності навчання дитини є повна інформованість педагогічного колективу про його фізіологічні особливості розвитку, умови його життя, харчування і про стан здоров'я. Стан здоров'я дитини - це той резерв, той запас сил, та стартова позиція, які і визначають багато в чому успішність не тільки першого року навчання, але й всього багатолітнього шкільного марафону. Поєднання фізичного, функціонального та психічного стану дитини дає той комплекс факторів, які визначають його готовність до навчання у школі.

За концепцією дошкільного виховання та базовим компонентом дошкільної освіти, сучасний дошкільний заклад має стати „інститутом соціалізації”, призначення якого – забезпечити фізичну, психологічну й соціальну компетентність дитини від народження до шести-семи років, можливість адаптації до унормованого існування серед людей, сформувати ціннісне ставлення до світу, навчити особистісного існування, озброїти елементарною наукою і мистецтвом життя [108, с. 276].

Корекційна робота та виховання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку в загальноосвітньому шкільному середовищі має своє підґрунтя у міжнародних документах, до яких належать Декларація прав людини, згідно якої „...кожний має право на нормальне життя в умовах безробіття, хвороби, інвалідності”; Конвенція про права дитини, у якій відмічається, що „... неповноцінна в моральному та фізичному відношенні дитина повинна вести повноцінне життя в умовах, які

забезпечують її достойність, сприяють її впевненості в собі та забезпечують активну участь у житті суспільства”. До того ж, право на навчання, вибір форм його організації для дитини з психофізичними вадами розвитку знайшли відповідний відгук у нормативно-правовому та практичному аспектах (Декларації про права інвалідів (1975 р.), Декларації про права розумово відсталих осіб (1981 р.) і Конвенції про права дитини (1989 р.), Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993 р.), Хартії третього тисячоліття (1999 р.).

Конвенція, зокрема, проголошує таке: „...метою виховання є підготовка до самостійного життя у суспільстві, у дусі ідеалів, проголошених ООН, особливо у дусі миру, гідності, свободи, терпимості, рівності, солідарності; традицій та культурних цінностей кожного народу” [104].

Втілення ідеї інклюзивного виховання, заснованої на так званій концепції „нормалізації” (Nirje, 1976), проголошує такі пріоритети:

1. Дитина з обмеженнями психофізичного розвитку має й загальні для всіх потреби, головною з яких — потреба у любові й умовах, що стимулюють розвиток.

2. Дитина повинна вести життя, максимально наближене до нормального.

3. Кращим місцем для дитини є її рідний дім, тобто треба сприяти здійсненню виховання дитини в сім’ї.

4. Навчатися можуть усі діти. Тому всім, незалежно від ступеня важкості порушення, повинна надаватися можливість отримати освіту [200].

Міжнародні документи стосовно інвалідів стали підґрунтям для утворення комплексу нормативно-правових документів в Україні, де визначена гуманістична позиція щодо дітей з психофізичними вадами в розвитку.

З часу ратифікації Конвенції про права дитини Україна розробила и впровадила нормативно-правову базу, яка має забезпечити виконання положень Конвенції.



До першої групи належать закон та підзаконні акти, спрямовані на реалізацію права на навчання та вибір форм його організації для дитини з психофізичними вадами в розвитку (Закони „Про освіту”, „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, „Про основні засади державної підтримки обдарованих дітей та молоді на Україні”; Національні програми „Освіта” (Україна ХХІ століття), „Вчитель”.

До другої групи належать закон та підзаконні акти, спрямовані на охорону основних прав дитини: (Закон України „Про охорону дитинства”, що визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров’я, освіту, соціальний захист та всебічний розвиток, встановлює основні засади державної політики у цій сфері; Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров’я” - визначає правові, організаційні, економічні та соціальні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності, довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров’я, запобігання і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості; Закон України „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” - визначає організаційні та правові засади соціальної роботи з дітьми та молоддю.

Указом Президента України затверджено Національну програму „Діти України” — документ, у якому, відповідно до положень Конвенції ООН про права дитини, ратифікованої Україною, зазначено основні напрями державної політики стосовно дітей та закони щодо її реалізації центральними та місцевими органами виконавчої влади; Постанова Кабінету Міністрів України „Про утворення Міжвідомчої комісії з питань охорони дитинства”, яка сприяє реалізації державної політики у сфері охорони дитинства, забезпечує координацію дій у вирішенні питань, пов’язаних із життєзабезпеченням та розвитком дітей, залученням їх до участі в політичному, культурному й духовному становленні держави.

До третьої групи належать нормативно-правові акти у сфері сімейних стосунків стосовно охорони прав дітей: Цивільний кодекс України, яким визначається правоздатність, дієздатність громадян, які не досягли 18 років; Закон України „Про державну допомогу сім'ям з дітьми”, який відповідно до Конституції України встановлює гарантований державою рівень матеріальної підтримки сімей з дітьми шляхом надання грошової допомоги з урахуванням складу сім'ї, її доходів та віку дітей і спрямований на забезпечення пріоритету державної підтримки сім'ям з дітьми у загальній системі соціального захисту населення; Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам”, який гарантує дітям вищезазначеної категорії право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом установлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму.

Відповідно цим законами та програмам, дітям з психофізичними вадами гарантується не тільки право на навчання, а й на вибір форм навчання та освітніх програм. Насправді ж, цей вибір поки що не є загальнодоступним для таких дітей. Можливостям вибору необхідної системи навчання батьками дітей, які мають обмежений фізичний та розумовий стан здоров'я, заважають, по-перше, несприятливі соціальні умови в родині; по-друге, непристосованість суспільних споруд та приміщень дитячих закладів, нестача транспортних засобів, необхідних для доставки цих дітей до місць навчання; по-третє, відсутність (дефіцит) кваліфікованої інформаційної допомоги, проблема бюрократичних перешкод. Окремою освітянською проблемою залишається проблема інтеграції і соціалізації дітей з психофізичними вадами розвитку в загальноосвітні школи, реальні умови більшості яких не пристосовані для реалізації інтегрованого навчання й виховання таких дітей [75-77; 104; 106-108; 145; 146].

Зроблений аналіз стану вивченості проблеми підготовки дітей з обмеженнями психофізичного розвитку дошкільного віку до навчання в

загальноосвітній школі у психолого-педагогічній літературі дозволяє нам зробити такі висновки:

1. Майже всі розглянуті дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів в питанні підготовки дітей до навчання мають спільний напрям щодо необхідності корекції вад в розвитку та інклюзивного навчання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку, адаптації їх в загальноосвітній простір.

2. Інклюзивна модель дошкільної освіти передбачає навчання дітей з різними дефектами разом зі звичайними однолітками. При цьому для дітей з психофізичними обмеженнями розвитку дошкільного віку повинні створюватись відповідні умови для навчання (переобладнання приміщень в дошкільних загальноосвітніх закладах, розширення штату педагогічного колективу, забезпечення транспортом, спеціальною навчальною літературою, різним навчальним устаткуванням).

3. Спеціалісти з корекційної педагогіки, психології, соціології у своїх наукових дослідженнях приділяють велику увагу питанням, пов'язаним з проблемами стану здоров'я дітей дошкільного віку, але більшість фахівців у своїх роботах майже не торкаються проблеми створення педагогічних умов щодо підготовки до навчання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку в дошкільних загальноосвітніх закладах.

4. Вибір шляхів розвитку ставлення суспільства до дітей з обмеженнями психофізичного розвитку сьогодні залежить не тільки від удосконалення системи дошкільної спеціальної освіти та її наукового обґрунтування, але й від ціннісних соціальних орієнтацій, політичних установок, прийнятих соціокультурних норм суспільства, тобто того, що складає корекційно-педагогічні основи адаптації дитини дошкільного віку в майбутній життєдіяльності.

## 1.2. Сутність та структура готовності дітей з вадами психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі

Шостий рік життя дитини асоціюється в науковців та практиків з підготовкою дитини до навчання в школі. Вступ до школи є переломним, найскладнішим моментом у житті дитини, а у дитини з вадами психофізичного розвитку тим більше. Він знаменує собою початок нового вікового періоду в житті кожної дитини. Це пов'язано, перш за все, з адаптацією дитини, з входженням її у нове шкільне середовище, з новим типом стосунків з дорослими та однолітками, новою навчальною діяльністю.

Навчання дитини з обмеженнями психофізичного розвитку в загальноосвітній школі – це своєрідна діяльність, яка ставить до маленького школяра певні вимоги, потребує від нього значного напруження фізичних та інтелектуальних сил. Програмний матеріал вимагає від дошкільника не лише вміння читати, лічити, писати, а й такого рівня загального психічного розвитку та особливостей розвитку взагалі, який давав би йому можливість успішно включитися в навчальний процес та природно адаптуватись до нього.

У дошкільному віці мають бути сформовані соціально схвалені моделі поведінки, розвинуте свідоме ставлення до себе, як до самостійної особистості, як до громадянина, рівного поряд з іншими людьми. Слід виховувати співпереживання, співчуття, бажання пізнавати людей, робити добрі вчинки.

У психологічному словнику поняття „готовність до шкільного навчання” розглядається як сукупність морфо-фізіологічних особливостей дитини старшого дошкільного віку, що забезпечує успішний перехід до систематичного, організованого шкільного навчання.

Готовність дітей дошкільного віку до навчання в загальноосвітній школі І. Шванцара визначається за трьома аспектами: соціальним,

інтелектуальним, емоційним. І. Шванцар значно більше визначає шкільну готовність дітей до навчання, як досягнення такого рівня розвитку, коли дитина „стає здатною брати участь у шкільному навчанні” [224].

*Соціальна готовність* до навчання в загальноосвітній школі є готовністю дитини до спілкування з дорослими і однолітками, активної ігрової діяльності; здатністю підкорятися інтересам і заведеним умовам у дитячих групах, а так само із здатністю взяти на себе соціальну роль школяра в суспільній ситуації шкільного навчання.

*Інтелектуальна готовність* дитини до навчання в загальноосвітній школі є сформованістю розумових дій та рівнем загальної обізнаності дитини, наукованості, розвитку уваги і пам'яті, здібності дитини до словоскладання та образно-логічного мислення, аналітичного мислення і так далі. Інтелектуальна готовність також передбачає формування у дитини початкових умінь у галузі навчальної діяльності, зокрема вміння зазначити навчальне завдання і перетворити його на самостійну мету діяльності.

Під *емоційною готовністю* до навчання в загальноосвітній школі передбачається емоційна стійкість і майже повна відсутність імпульсивних реакцій дитини. Емоційний досвід забезпечується включенням дітей до діяльності, що активізує як мислення, так і почуття [218].

В. Давидов вважає, що дитина повинна володіти розумовими операціями, уміти узагальнювати і диференціювати предмети і явища навколишнього світу, уміти планувати свою діяльність і здійснювати самоконтроль. При цьому важливі позитивне відношення до навчання, здібність до саморегуляції поведінки і прояв вольових зусиль для виконання поставлених завдань [49].

*Психологічна готовність* дитини до навчання в школі розглядається нами як комплексна характеристика дитини, в якій розкриваються рівні розвитку психологічних якостей, що є найважливішою передумовою для нормального включення до нового середовища і для формування навчальної діяльності.

Л. Шипіцина, Т. Зінкевич-Євстігнєєва, Л. Нисневич у книзі „Как помочь «особому» ребенку” включають до складових шкільної готовності наступні показники психофізичного розвитку дитини: *сенсорно-перцептивна сфера* (сприйняття кольору; сприйняття форми і величини; орієнтація в просторі); *увага; пам'ять; мислення; мова* (розуміння зверненого мовлення; виразність мовлення; лексичний лад мови; здатність до розповіді і переказу); *подання про себе, творчі прояви; емоційно-вольова сфера* (імпульсивність, рефлексивність, тривожність, спокій, агресивність, миролюбність, мотивація навчальної діяльності, мотивація трудової діяльності, тенденція до самостійності, тенденція до відповідальності, тенденція до цілеспрямованих дій, ригідність, гнучкість); *психомоторний розвиток* (дрібна моторика рук, загальна координація рухів, міміка); *соціально-побутова адаптація* (сформованість навичок самообслуговування, соціально-побутове орієнтування); *навчальні навички* (читання, вміння писати, рахунок); *трудові вміння і навички; комунікативність* [84; 149].

Усі складові шкільної готовності тісно взаємозв'язані, недоліки у формуванні будь-якої з її сторін, так або інакше, відбиваються на успішності навчання в школі. Розвиток основних функціональних систем організму дитини і стан його здоров'я складають фундамент шкільної готовності. Отже, під *готовністю* до школи можна розуміти досягнення дитиною такого рівня розвитку, який забезпечить йому успішність навчання в школі, адаптацію до нових умов і обов'язків.

Не можна забувати, що адаптованість до навчальної діяльності дитини з обмеженнями психофізичного розвитку якісно відрізняється від адаптованості здорової дитини (Л. Беляєва, М. Беляєва, Є. Бондаренко, А. Висоцька, Э. Калижнюк, Г. Лактіонова, В. Мартинюк, Л. Міщик, М. Певзнер, Б. Пузанов, В. Синьов, Е. Стребелева, С. Тарасюк, М. Шеремет). До того ж, адаптованість розглядається як „спосіб гармонізації відносин людини, групи й середовища на підставі задоволення потреб в соціокультурній адаптації і самореалізації...” [13, с. 31].

У процесі підготовки дітей до школи не можна покладатися тільки на заняття як основну форму організації навчання, або окремі режимні моменти. Гра, діяльність і праця дітей вносять в неї свій неоцінний внесок. Наприклад, старанність, відповідальність, працьовитість і інші важливі якості формуються у дитини в дитячому садку і вдома.

Тому й прийнято вважати, що готовність дитини до систематичного навчання в школі (шкільна зрілість) - це той рівень морфологічного, функціонального і психічного розвитку дитини, при якому вимоги систематичного навчання не будуть надмірними і не призведуть до порушення здоров'я дитини. Доведено, що у дітей, не готових до систематичного навчання, важче і довше проходить період адаптації, пристосування до школи; у них набагато частіше проявляються різні перешкоди щодо навчання; серед них значно більше невстигаючих, і саме у них в більшій кількості випадків відзначається порушення стану здоров'я, і психоневрологічної сфери. Фактично „неготові” діти - це „контингент ризику”: ризику випробувати найбільші труднощі, ризику неуспішності, ризику погіршити наявні відхилення в стані здоров'я або захворіти від надмірних навантажень і перевтоми.

Саме тому такі діти вимагають особливого підходу і особливої уваги вчителя, і так важливо визначити рівень готовності до школи ще до початку навчання, щоб враховувати ці особливості з самих перших днів у школі. Складовими компонентами психологічної готовності є інтелектуальна, особистісна, емоційно-вольова готовність. Більшість вітчизняних і зарубіжних вчених вважають, що проводити діагностику психологічної готовності до школи слід приблизно за півроку-рік. Це дозволить не тільки визначити готовність дитини до школи, але і здійснити, за необхідністю, спеціальний комплекс коригуючих заходів, дати необхідні рекомендації батькам щодо поліпшення стану здоров'я і усунення недоліків розвитку та виховання [24; 109; 168; 169; 180].

Сутність та структуру готовності дітей з обмеженими психофізичними можливостями до навчання в загальноосвітній школі Л. Виготський визначав як уміння дитини диференціювати у відповідних категоріях предмети і явища навколишнього світу. Автор вважав, що готовність дитини до шкільного навчання полягає не стільки в кількісному запасі уявлень, скільки в рівні розвитку пізнавальних процесів [33].

Велику увагу готовності дітей дошкільного віку до навчання в школі приділяла Л. Божович: „Особистісна готовність дитини до шкільного навчання (що виражається у відношенні дитини до школи і навчання, до вчителя і до себе особисто) передбачає відомий рівень розвитку мотивів поведінки і діяльності дитини і ту їх специфічну структуру, яка визначає внутрішню позицію школяра” [16, с. 123].

Якнайповніше поняття „готовність до навчання в школі” подано у визначенні Л. Венгера, під яким він розумів певний набір знань й умінь, в якому мають бути присутніми всі елементи, хоча рівень їх розвитку може бути різним. Складовими цього набору, перш за все, є мотивація, особова готовність, до якої входять „внутрішня позиція школяра”, вольова й інтелектуальна готовність [24, с. 62].

А. Запорожець сутність та структуру готовності дітей до навчання в загальноосвітній школі визначає як цілісну систему взаємозв'язаних якостей дитячої особи, включаючи особливості її мотивації, рівня розвитку пізнавальної, аналітико-синтетичної діяльності, рівень сформованості механізмів вольової регуляції дій і так далі [80].

В. Мухіна стверджує, що готовність до шкільного навчання – це „...бажання й усвідомлення необхідності вчитися, що виникає в результаті соціального дозрівання дитини, прояв у нього власної діяльності і своїх можливостей; особливості розвитку мови” [143, с. 62].

Обговорюючи проблему готовності дітей до навчання в загальноосвітній школі, Д. Ельконін [155, с. 84] на перше місце ставив



сформованість необхідних передумов навчальної діяльності. До цих передумов можна віднести такі параметри:

- уміння дітей свідомо підпорядковувати свої дії правилам, що узагальнено визначають спосіб дії;
- уміння орієнтуватися на задану систему вимог;
- уміння уважно слухати того, хто говорить, і точно виконувати завдання, пропоновані в усній формі;
- уміння самостійно виконувати необхідне завдання за сприйманим зором зразком.

Відомо, більша половина „не готових” до школи дітей мають недостатню успішність, тому визначення ступеня готовності є одним із заходів попередження неуспішності; „не готовність” для вчителя – сигнал, що показує необхідність пильної уваги до учня, пошуку більш ефективних засобів навчання та виховання, індивідуального підходу, що враховує особливості і можливості дитини. Справа в тому, що хороша успішність при недостатній функціональній готовності організму досягається, як правило, дуже дорогою „фізіологічною ціною”, викликаючи надмірну напругу різних систем організму, приводячи до стомлення і перевтоми, а в результаті - до розладів з боку нервово-психічної сфери. Необхідно підкреслити, що недостатня готовність до навчання (особливо якщо вона пов'язана зі станом здоров'я дитини) зовсім не є перешкодою до навчання, - важливо тільки знати і враховувати ці особливості.

Слід відзначити, що незважаючи на різноманітність позицій сутності та структури готовності дітей до навчання в загальноосвітній школі, у всіх перелічених авторів є багато спільного. Деякі з авторів при визначенні готовності до шкільного навчання користуються поняттям „шкільна зрілість”, виходячи з концепції, згідно з якою виникнення цієї зрілості обумовлене, в основному, індивідуальними особливостями процесу спонтанного дозрівання природжених здібностей дитини й істотно не залежних від соціальних умов життя і виховання. Деякі автори відкидають

положення концепції „шкільної зрілості“ і підкреслюють роль соціальних чинників готовності дітей до навчання в загальноосвітній школі, а також особливостей суспільного і родинного виховання в її виникненні.

Проте незважаючи на розбіжності в думці авторів, ми схилиємося до того, що підготовка дітей з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі багато в чому залежить від загальних та специфічних особливостей цих дітей.

Особливості психофізичного розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я та питання впровадження заходів корекційної роботи щодо таких дітей були розглянуті багатьма вітчизняними та зарубіжними авторами (В. Бондар, Ю. Барашнева, Г. Коберник, А. Колупаєва, В. Липа, Б. Пузанов, В. Селіверстова, В. Синьов, В. Тарасун, О. Хохліна, А. Шевцов, М. Шеремет та ін.).

Усі діти з вадами розвитку, незалежно від форм психофізичних порушень, мають як загальні, так і специфічні труднощі. До того ж, первинні порушення впливають безпосередньо з біологічного характеру хвороби, вторинні ж відхилення виникають як наслідок первинних порушень, і, насамперед, вони піддаються впливу ранньої корекційної допомоги.

Перші труднощі, з якими стикаються батьки дитини з вадами психофізичного розвитку, – це відсутність широкого доступу до інформації про захворювання їхньої дитини. Посилаючись на вимогу нерозголошення медичної таємниці, медпрацівники не надають батькам інформацію про інші сім'ї зі схожими проблемами, таким чином ізолюючи цих батьків від досвіду інших. Це впливає також на необхідність інформування цих батьків про їх права і можливості отримання допомоги від держави і громадських організацій ще на етапі встановлення діагнозу.

З часом зростають потреби в інформації про корекційну, спеціалізовану медичну, освітянську, правову допомогу, встановлення контактів із різноманітними державними та громадськими організаціями;

але задоволення цих контактів відбувається значною мірою випадково, несистематично, на підставі неформального спілкування. Проте в подальшому, протягом періоду раннього дошкільного віку і до переддошкільного віку, батьки все частіше починають звертатись саме до педагогів з приводу деяких відставань у психічному та фізичному розвитку цих дітей.

Кожний період дитинства за своїми складовими важливий для дитини з вадами психофізичного розвитку, але саме дошкільний вік є найважливішим періодом у підготовці дитини з вадами психофізичного розвитку до вступу у майбутньому такої дитини до шкільного середовища та її адаптації у цьому середовищі.

Науковці висловлюють важливу думку, яка вказує на ефективність ранньої корекційної роботи та необхідність корекційного втручання у виховний процес дитини з вадами психофізичного розвитку, забезпеченню та реалізації принципу рівних можливостей [18; 110; 118; 155; 190].

Поняття „дитина з вадами психофізичного розвитку” розкривається фахівцями по-різному. Так, провідні вчені з дефектології В. Синьов та Г. Коберник висловлюють думку, що діти з обмеженими психофізичними можливостями – це діти, у яких порушено нормальний перебіг загального розвитку. Таке порушення розвитку в дитини може бути спричинено тільки за наявності фізичного, інтелектуального, або психічного дефекту [189].

В. Лапшин та Б. Пузанов вказують, що „дитина з вадами психофізичного розвитку”, це дитина, у якої визначені різні форми порушення онтогенезу, тобто розвиток індивіду відбувається супротив від розвитку виду (філогенезу). До цих дітей фахівці у сфері корекційної педагогіки відносять осіб:

- із сенсорними порушеннями (порушення слуху та зору);
- з інтелектуальними порушеннями (розумово відсталі та діти із затримкою психічного розвитку);

- з порушеннями мовлення;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з комплексними (комбінованими) дефектами розвитку;
- з викривленим (дисгармонійним) розвитком [115].

В. Липа дає таку класифікацію дітей з вадами психофізичного розвитку:

- розумово відсталі;
- із затримкою психічного розвитку;
- з порушеннями слуху, зору, мовлення;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з порушеннями спілкування та поведінки;
- зі складним (комбінованим) дефектом [118].

У працях М. Власової та М. Певзнера дається наступна класифікація дітей з вадами психофізичного розвитку:

- із сенсорною неповноцінністю (з порушеннями слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату та сенсомоторики);
- із затримкою психічного розвитку;
- із астеничним чи реактивним станом та конфліктним хвилюванням;
- з психопатоподібними формами поведінки (емоційні порушення поведінки);
- з розумовою відсталістю (олігофрени у стані дебільності, імбецильності, ідіотії);
- з початковими проявами психічних захворювань (шизофренія, епілепсія, істерія та ін.) [28].

О. Безпалько, І. Зверева, А. Капська, Г. Лактіонова, Н. Назарева, С. Харченко розкривають поняття дитини з обмеженнями психофізичного розвитку як людини, яка має функціональні обмеження, нездатної до якоїсь діяльності в результаті захворювання, відхилень або вад розвитку, нетипового стану здоров'я внаслідок неадаптованості зовнішнього середовища до особливих потреб індивіда, через негативні

стереотипи, забобони, що виділяють нетипових людей у соціально-культурній системі. „ Про недолік, відхилення в розвитку можна говорити там і тоді, де й коли виникає невідповідність можливостей дитини ....., тобто коли в наявності обмеження соціальних можливостей ” [12; 83; 95; 195; 200, с. 13-14; 219].

Український словник спеціальної педагогіки за редакцією академіка В. Бондара пропонує таке визначення: „ ...діти з обмеженими психофізичними можливостями – це діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими дефектами і потребують спеціальних умов навчання й виховання” [199, с. 25-26].

Залежно від певних обмежень В. Бондар поділяє дітей з вадами психофізичного розвитку на такі категорії:

- з вадами слуху (глухі, слабочуючі, оглухлі);
- з вадами зору (сліпі, слабозорі, осліпті);
- з вадами інтелекту (розумово відсталі з затримкою психічного розвитку);
- діти з мовленнєвими вадами;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- зі складною структурою порушень (розумово відсталі глухі та слабочуючі, глухі та слабозорі, сліпоглухонімі та ін.) [199].

У працях О. Усанової діти з обмеженнями психофізичного розвитку класифікуються за такими вадами розвитку:

- з органічними порушеннями;
- з функціональною незрілістю;
- з відхиленням на ґрунті психічних депривацій.

Досвід наукових спостережень за дітьми з обмеженими психофізичними можливостями дошкільного віку вказує на те, що ціла низка захворювань, які призводять до інвалідності, пов'язана, перш за все, з органічними ураженнями нервової системи. Діти з цією групою

патології впродовж десятків років стабільно посідають перше рангове місце серед дітей з психофізичними вадами.

Не можливо формально та спрощено інтерпретувати положення про те, що діти з психофізичними вадами мають рівні можливості з дітьми, які мають нормальний для свого віку розвиток. Ці можливості в системі суспільного життя, освіти, побуту можна надати, але скористатися ними, реалізувати їх самостійно в повному обсязі може далеко не кожна дитина, особливо коли йдеться про дітей з вадами психофізичного розвитку.

До загальних проблем, які виникають при підготовці дитини з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання у школі, відносять, перш за все, соціальну дезадаптованість дитини, низький рівень психічних процесів (уваги, предметного сприйняття і уявлень, пам'яті, мислення). По-друге, це несформованість емоційно-вольової сфери. По-третє, недостатність моторного розвитку, зниження довільності психічних процесів, діяльності і поведінки дитини в дитячому середовищі. Усі ці особливості створюються через існуюче відхилення в розвитку дитини і призводять до істотної затримки розвитку психічних новотворів на кожному віковому етапі, а також до якісної своєрідності становлення особистісних якостей дитини і її Я-концепцій. Подані вище загальні проблеми можуть виникати в дошкільників із різними видами порушень у неоднаковому ступені й у різних комбінаціях.

Найбільш значущою особливістю дітей дошкільного віку з вадами в розвитку є життєва некомпетентність, яка обумовлена руховими порушеннями, порушеннями емоційно-вольової та інтелектуальної сфер. Для того, щоб стати життєво компетентним, необхідно, граючись, спілкуючись з дорослими й однолітками, вчитись жити поруч з іншими, враховувати їхні інтереси, правила і норми поведінки в суспільстві.

В нашому дослідженні особливу увагу приділено саме *дітям з порушеннями опорно-рухового апарату*, розглядаючи специфічні перешкоди, які виникають у них при підготовці до навчальної діяльності.

Питання навчання та виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату знайшли своє відображення у роботах відомих вітчизняних та зарубіжних фахівців (Р. Бабенкова, Л. Бадалян, О. Глоба, В. Григоренко, М. Єфіменко, Л. Журба, Т. Зацепін, О. Зінов'єва, М. Іпполітова, Е. Каліжнюк, М. Козленко, Г. Кузнєцова, О. Мастюкова, І. Мамайчук, В. Назаров, О. Ніколаєв, Б. Пинський, К. Семенова, Б. Сермєєв, Н. Симонова, В. Синьов, А. Шевцов, І. Шевченко, Д. Шульженко, М. Шеремет).

Діти з порушенням опорно-рухового апарату - це поліморфна в клінічному і психолого-педагогічному відношенні категорія осіб. Залежно від причини і часу дії шкідливих факторів відзначаються такі види патології опорно-рухового апарату:

1. Захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч, поліомієліт.

2. Вроджена патологія опорно-рухового апарату: вроджений вивих стегна, кривошия, аномалії розвитку хребта, аномалії розвитку пальців кисті, артрогрипоз.

3. Придбані захворювання та ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок, поліартрит, захворювання скелета й ін.

У кістках і скелетних м'язах дітей багато органічних речовин і води, але мало мінеральних речовин. Гнучкі кістки можуть легко згинатися при неправильних позах і нерівномірних навантаженнях. Легка розтяжність м'язово-зв'язувального апарату забезпечує дитині добре виражену гнучкість, але не може створити міцного „м'язового корсету” для збереження нормального розташування кісток. У результаті можливі деформації скелета, розвиток асиметричності тіла і кінцівок, виникнення плоскостопості. Це вимагає особливої уваги до організації пози дітей і використання фізичних навантажень. Порушення опорно-рухового апарату (дитячий церебральний параліч, поліомієліт, уроджена патологія опорно-рухового апарату, травматичні ушкодження спинного і головного мозку,

поліартрит, захворювання скелета, відхилення, які утворилися через захворювання дитини або набуті травматичним шляхом) викликають затримку моторного розвитку, що найчастіше негативно впливає на формування нервово-психічних функцій при підготовці цих дітей до навчання в школі.

Порушення постави є найбільш поширеним захворюванням опорно-рухового апарату у дітей та підлітків і відноситься до числа складних і актуальних проблем сучасної ортопедії (рис. 1.1).

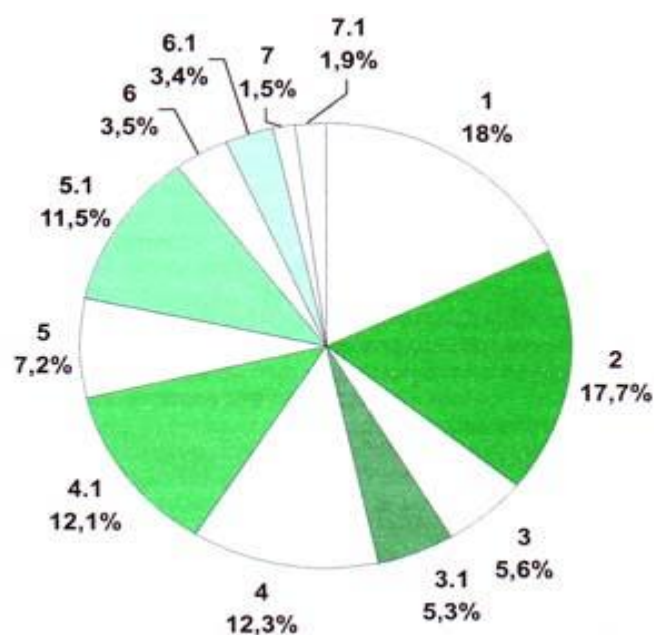


Рис. 1.1. Характер порушень постави у дітей дошкільного віку:

1 - нормальна постава, 2 - асиметрична постава, 3 - лордотична постава, 3.1 - комбінована постава (к. п.) у поєднанні з лордотичною поставою, 4 - сутулуватий постава, 4.1 - к. п. в поєднанні з сутулуватий поставою, 5 - плоска постава, 5.1 - к. п. в поєднанні з плоскою поставою, 6 - кіфотична постава, 6.1 - к. п. в поєднанні з кіфотичною поставою, 7 - кругло-ввігнута, 7.1 - к. п. в поєднанні з кругло-увігнутій поставою.

Існує велика кількість причин, що викликають порушення склепінь стоп, однак найбільш часто (приблизно в 90-95% випадків) плоскостопість - результат слабкості м'язів гомілки і стопи, зв'язкового



апарату. Численними дослідженнями (Ю. Збруї, 1973; І. Буланової, 1983; Є. Брячіна, 1997) встановлено, що головною силою, що втримує склепіння стоп, є саме м'язи, а зв'язки відіграють другорядну роль. Крім того, доведено, що вже в дошкільному віці природи рухових якостей, у тому числі і сили різних м'язових груп, залежать від ряду не тільки біологічних факторів, а й соціальних, зокрема постановки фізичного виховання в дошкільних установах.

До дефектів постави зі збільшенням фізіологічних вигинів хребта відносяться „кругла спина” та „кругло увігнута спина”. При огляді збоку кругла спина кидається в очі дугоподібним збільшеним грудним кіфозом, рівномірно посиленним на всьому протязі грудного відділу хребта. Поперековий лордоз при цьому може бути кілька згладжений. Плечі опущені, приведені, лопатки не прилягають до спини. Голова нахилена вперед. При тотальному кіфозі дитина зберігає стійке положення тіла при зігнутих у колінах ногах. Для круглої спини, в меншій мірі ніж для сутулуватості, характерні западання грудної клітини і потовщення сідниць. М'язи тулуба ослаблені, тому прийняття правильної постави можливо лише на короткий час.

При кругло увігнутій спині всі вигини хребта у дітей збільшені, кут нахилу таза вище фізіологічної норми. Голова, шия, плечі нахилені вперед, живіт виступає і звисає. Коліна максимально розігнуті, може спостерігатися надлишкове розгинання колінних суглобів. М'язи задньої поверхні стегон, що прикріплюються з сідничного бугра, сідничні м'язи розтягнуті і стоншені. Через в'ялості і функціональної неспроможності черевного преса можуть спостерігатися зміни взаєморозташування органів черевної порожнини.

Дефекти постави зі зменшенням фізіологічних вигинів хребта включають „плоску спину” та „плосковогнуту спину”. При плоскій спині всі вигини згладжені, поперековий лордоз ледь намічений, причому зміщений до верху, кут нахилу тазу зменшений. Грудний кіфоз при цьому

варіанті порушення постави виражений погано, грудна клітка зміщена вперед. Живіт в нижній частині видається вперед, скелетна мускулатура погано розвинена, м'язи тулуба і спини стоншені. Більшість дослідників вважають, що плоска спина - варіант функціональної неповноцінності мускулатури. Недостатня м'язова тяга не забезпечує збільшення нахилу тазу і формування фізіологічних вигинів хребта. При плоскій спині частіше, ніж при інших аномаліях постави, розвивається сколіоз.

При плосковогнутій спині зменшується грудний кіфоз при нормальному або декілька збільшеному лордозі. Грудна клітка вузька, м'язи живота ослаблені. Кут нахилу тазу збільшено - він як би кілька перекинуть вперед і зрушає ззаду, тому при огляді такої дитини збоку кидаються в очі підкреслений лордоз, віддалений ззаду сідниці і виступаючий, відвисає донизу живіт.

Дефекти у фронтальній площині не поділяються на окремі види. Якщо вчасно не використовувати коригуючі вправи при порушенні постави, то це може призвести до I, а в подальшому і до II, III і IV стадіям сколіотичної хвороби (сколіозу). Під сколіозом розуміється деформація хребта, яка характеризується його боковим викривленням. (С.Попов, 1988). У міру його прогресування та збільшення ступеня деформації хребта у фронтальній площині, відбувається викривлення і в сагітальній площині, а також скручування навколо вертикальної осі. Сколіотична хвороба - це не локальне викривлення хребта, а загальне важке захворювання, що втягує у патологічний процес всі найбільш важливі системи та органи організму людини [170].

Для неї характерні порушення серединного розташування ліній остистих відростків хребта і зміщення її в вертикальному положенні дитини вправо або вліво. Бічне відхилення хребта при функціональних порушеннях постави не стійке, воно може бути виправлено вольовою напругою мускулатури. При дефекті постави в бічному напрямку порушується симетричне розташування тіла і кінцівок щодо хребетного

стовпа: голова нахилена вправо або вліво, плечі на різній висоті. Пояс верхніх кінцівок розташований асиметрично - лопатки на різних рівнях, асиметричні і трикутники талії. При функціональних порушеннях постави у фронтальній площині є асиметрія м'язового тону на правій і лівій половині тулуба, а також зниження загальної та силової витривалості м'язів [216].

Порушення постави при своєчасно розпочатих оздоровчих заходах не прогресує і є зворотним процесом. Тим не менш, сколіотична хвороба поступово може призвести до зниження рухливості грудної клітки, діафрагми, погіршення ресорної функції хребта, що, в свою чергу, негативно впливає на діяльність центральної нервової системи, серцево-судинної і дихальної систем, стає супутником багатьох хронічних захворювань внаслідок прояву загальної функціональної слабкості дисбалансу в стані м'язів і зв'язкового апарату дитини [170].

Серед усієї популяції дітей з порушеннями ОРА значну частину займають діти, які страждають різними формами дитячого церебрального паралічу (від 2 до 6 хворих на 1000 дитячого населення). Серед хворих на ДЦП є діти з різним ступенем тяжкості порушень, аж до важкої, що веде до довічної інвалідності.

Основним клінічним симптомом ДЦП є порушення рухової функції, пов'язаної із затримкою розвитку чи неправильним розвитком статокінетичних рефлексів, патологією м'язового тону, парезами. До рухових розладів в більшій частині випадків приєднуються порушення зору і слуху (20-25%), мови та ін. У деяких дітей можуть спостерігатися супутні синдроми: судомний, мозжечковий, гіпертензійний, гіперкінетичний та інші. Така складна клінічна картина і вимушена непорушність створює дефіцитарний характер психічного розвитку дитини з ДЦП, що дуже негативно позначається на його пізнавальній діяльності в цілому. Найбільш поширеною формою порушення психічного розвитку при даному захворюванні є затримка психічного розвитку (50% всієї

популяції дітей з ДЦП) і приблизно 20-25% мають розумову відсталість різного ступеню.

Спеціалісти (Р. Бабенкова, Л. О. Бадалян, М. Єфіменко, Л. Журба, М. Іпполітова, Е. Калижнюк, Г. Кузнєцова, І. Левченко, І. Мамайчук, Є. Мастюкова, Б.Сермеєв, К. Семенова, Н. Симонова серед інших труднощів становлення пізнавальної діяльності вказують на труднощі формування образотворчої діяльності і графічних навичок у дітей з ДЦП. Особливу значимість це має в старшому дошкільному і молодшому шкільному віці. У роботах Т. Комарової, В. Кузіної, М. Сакуліної, Н. Сокольникова, Є. Шорохова та ін наголошується, що успішне освоєння образотворчої діяльності сприяє інтелектуальному розвитку дитини, допомагає у формуванні інших видів діяльності [11; 70;73; 90; 94].

Рухові порушення у дітей з церебральним паралічем мають різну ступінь виразності: важка - діти не опановують навичками ходьби і маніпулятивною діяльністю. Вони не можуть себе обслуговувати; середня - діти опановують ходьбою, але пересуваються за допомогою ортопедичних пристосувань (милиць, канадських паличок і т.п.). Навички самообслуговування у них розвинені не повністю через порушення маніпулятивної функції; легка - діти ходять самостійно. Вони можуть себе обслуговувати, у них досить розвинена маніпулятивна діяльність. Проте у хворих можуть спостерігатися неправильні патологічні пози і положення, порушення ходи, рухи недостатньо спритні, уповільнені. Знижена м'язова сила, є недоліки дрібної моторики.

Відповідно до класифікації, виділяють п'ять основних форм дитячого церебрального паралічу: подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміпаретична форма, гіперкінетична форма, атонічно-астатична форма.

Спастична диплегія - найбільш поширена форма ДЦП, що характеризується тетрапарезом, при цьому руки вражені у меншій мірі, ніж ноги. Діти, які страждають на спастичну диплегію, під впливом спеціального навчання можуть опанувати навичками

самообслуговування, письма, трудових навичок. При спастичній диплегії можливо подолання психічних і речових розладів за умови систематичної, спрямованої корекційної роботи.

Наступна форма ДЦП - подвійна геміплегія - виникає при важких ураженнях незрілого мозку. Це теж тетрапарез. Проте обидві пари кінцівок уражаються в однаковій мірі. Хворі практично нерухомі, мають глибоку ступінь інтелектуального недорозвинення. Їх стан погіршується наявністю супутніх синдромів, що призводить до неможливості їх виховання та навчання. За умови відсутності глибокого інтелектуального недорозвинення у цих хворих подвійна геміплегія може трансформуватися у диплегію.

Гіперкінетична форма ДЦП характеризується наявністю неконтрольованих рухів. Гіперкінези зустрічаються у поєднанні і з паралічами, і з парезами або без них. Широко поширені мовні порушення (90%), частіше - у формі гіперкінетичної дизартрії. Інтелект дитини при цьому часто залишається задовільним. Навчанню дитини заважають важкі мовні порушення і важкі розлади довільних рухів. Проте діти з цією формою ДЦП виявляють прагнення до спілкування і навчання. Ця форма цілком сприятлива щодо навчання і соціальної адаптації.

Атонічно-астатична форма ДЦП відрізняється низьким тонусом м'язів, на відміну від інших форм з високим тонусом. Для цієї форми характерною є наявність парезів, атаксії і тремору. У 60% - 75% дітей спостерігаються мовні розлади у формі мозжечкової дизартрії. Досить часто при цій формі спостерігається недорозвинення психіки.

При геміпаретичній формі рухові розлади виражені в меншому ступені, ніж при інших формах ДЦП. Через трофічні розлади у дітей відзначається уповільнення росту кісток, а звідси - скорочення довжини паретичної кінцівки. При цьому найважче уражаються руки - права чи ліва. Ця категорія хворих на ДЦП, як правило, краще, ніж при інших формах, спілкується, соціально орієнтується і привчається до праці, але існує

наявна потреба в корекції порушень таких коркових функцій, як рахунок, лист, просторове сприйняття.

Однією з особливостей, що характеризують дитячий церебральний параліч, є порушення моторики рук (М. Махмудова, К. Семенова). При деяких формах захворювань протягом багатьох років зберігаються тонічні рефлeksi періоду новонародженості, які перешкоджають розвитку рухової сфери.

Розрізняють 4 періоди відновлення рухової сфери і соціальної орієнтації дитини з порушеннями ОРА: I - *гострий період* тривалістю 7-14 днів. Визначається прогресуючим перебігом захворювання, виражені рухові розлади, у ряді випадків – наявність періодичних судомних приступів; II-III – *відновний період* (ранній – до 2 місяців, пізній – до 1-2 років) характеризується вираженим раннім тонічним рефлексом, що зберігається довше нормальних термінів, стимулюючи своєчасну появу настановних рефлексів і розвиток рухів. Страждають чи відсутні вроджені рефлeksi; IV – *період залишкових явищ* починається з дворічного віку і продовжується в дитинстві і юнацтві, а при важких формах – довічно. Якість відновних заходів у цьому періоді багато в чому залежить від попереднього систематичного лікування. Відсутність раннього лікування викликає формування порочних поз і рухів, утруднюючи нормалізацію рухової сфери дитини. Задачі адаптивної фізичної культури у період залишкових явищ:

- зниження гіпертонусу привідних м'язів, і м'язів згиначів, зміцнення ослаблених м'язів;
- поліпшення рухливості в суглобах, корекція установок ОРА;
- поліпшення координації рухів і рівноваги;
- стабілізація правильного положення тіла, закріплення навичок самостійного стояння, ходьби;
- розширення загальної рухової активності дитини, тренування вікових рухових навичок;

- навчання разом з вихователями і батьками самообслуговуванню, засвоєнню основних видів побутової діяльності з урахуванням розумового розвитку дитини.

При порівняльному аналізі термінів діагностики різних форм патології ОРА було встановлено, що деформації нижніх кінцівок і плоскостопість виявлялися при народженні та на першому році життя, а порушення постави, сколіоз та деформації грудної клітки у віці старше одного року.

З метою встановлення впливу стану здоров'я батьків на виникнення захворювань ОРА проводилося опитування про наявність у них хронічної патології до народження дітей. Слід зазначити, що в обох групах хронічні захворювання у батьків мали місце з однаковою частотою у 26,7% і 26% батьків і матерів основної та контрольної груп відповідно. При цьому матері значно частіше були хворі в порівнянні з батьками: в основній групі 16% проти 5,3%, у групі порівняння 16% проти 4,7% випадків. Наявність хронічної патології у матері і у батька спостерігалось у 5,3% сім'ях як в основній групі, так і в групі порівняння.

Аналіз структури хронічної захворюваності батьків показав, що у дітей з патологією ОРА матері достовірно частіше мали хвороби органів травлення (6,7% проти 2,7%) і кістково-м'язової системи (6,0% проти 4,0%). Хвороби органів травлення у них були представлені хронічним гастродуоденітом та холециститом, а патологія ОРА - остеохондрозом та сколіозом.

У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату можуть відзначатися недоліки й інтелектуального розвитку. Найчисленнішу групу серед дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (80 %) становлять діти з церебральним паралічем (ДЦП), у яких, як правило, сполучаються рухові розлади, мовленнєві порушення та затримка формування окремих психічних функцій.

Але, незважаючи на весь цей перелік різноманітних уражень опорно-рухового апарату, Л. Бадалян, Л. Журба, Т. Зацепін, М. Єфіменко, Е. Калижнюк, М. Козленко, Г. Кузнєцова, І. Мамайчук, В. Назаров, О. Ніколаєв, Б. Сермєєв, Н. Симонова вказують на можливості навчання та адаптації таких дітей у шкільному середовищі, а в подальшому – соціалізації їх у сучасному суспільстві.

Підготовка дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі потребує, крім педагогічної роботи, багатопланової спеціальної роботи, спрямованої на розвиток та формування рухових функцій та складену з комплексних, системних дій – медикаментозних, фізіотерапевтичних, ортопедичних лікувань, вживання масажу, лікувальної фізкультури та ортопедичної допомоги [11; 70; 73; 94].

Діти з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як об'єкт педагогічної підтримки, потребують серйозної корекційної, психологічної, медичної, логопедичної допомоги, забезпечення максимально повної й ранньої адаптації у шкільному загальноосвітньому просторі. На думку К.Семенової прогноз розвитку дитини залежить від об'єму і характеру ушкодження центральної нервової системи, а також від об'єму і характеру медико-психолого-педагогічної допомоги. Велике значення має надання спеціальної допомоги в ранньому віці. Практика показала, що в ранньому і дошкільному віці можна досягти значно більшої ефективності корекційно-реабілітаційних дій.

Входження в загальноосвітнє середовище у дітей з порушеннями ОРА відбувається на складній психологічній основі. Негативне сприйняття себе та навколишньої дійсності, усвідомлення дитиною інвалідизуючих захворювань спричиняє появу складних проблем, які найчастіше за все знаходяться у психологічній площині, а саме: розвитку негативних відчуттів, комплексу неповноцінності, відсутності бажання життєвої самореалізації тощо. У таких дітей виникають, перш за все, відчуття власної негативної відмінності, життєвої неспроможності



виконувати певні дії, ізоляваності, самотності, недоступності навколишнього реально існуючого світу, постійної залежності від інших людей, зокрема від сімейного, суспільного оточення, предметно-просторового середовища.

Досконале знання особливостей розвитку дітей з порушеннями ОРА дають змогу об'єднати всі відхилення у стані такої дитини у психічному та фізичному вираженнях. У психічному стані дитини з порушеннями ОРА відмічається незрілість психіки, особливість емоційно-вольової сфери, інфантильність поведінки. У фізичному стані простежуються затримка моторного розвитку дитини, негативне функціонування великих півкуль кори головного мозку, розвиток супутніх хвороб, фізична слабкість, швидка втомлюваність, часто пов'язана з нею роздратованість, підвищена збудженість або, навпаки, загальмування невротичних реакцій, неможливість вільних рухів дитини. Такі діти проявляють млявість, боязкість, невміння відстояти свої інтереси, плаксивість, схильність скаржитися на своїх товаришів, постійно звертаються до дорослих за допомогою у розв'язанні всіляких дріб'язкових питань.

З урахуванням розглянутих вище спеціальних рис особистості дитини з порушеннями ОРА, зазначимо, що великої уваги в переддошкільному віці потребує питання корекції особистого психофізичного стану дитини, оволодіння навичками навчальної діяльності, адаптації дитини в загальноосвітньому середовищі [17; 25; 36;46; 50;59; 94; 134].

Усі розглянуті загальні і специфічні вади стану здоров'я дитини значно впливають на її готовність до навчання, формування мотиваційно-особистісного, інтелектуально-змістовного та організаційно-дієвого компонентів життєдіяльності дитини з порушеннями ОРА в загальноосвітньому середовищі.

Знання загальних і специфічних особливостей у стані здоров'я дитини, яка має порушення опорно-рухового апарату, дає можливість

спеціалістам, що займаються організацією процесу підготовки такої дитини до навчання, визначити критерії її готовності до навчальної діяльності, розробити систему психолого-педагогічних умов ефективного використання форм і засобів корекційно-реабілітаційної роботи щодо успішної адаптації дитини-інваліда у соціумі здорових одноліток.

Сутність та структура готовності дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі розглядається нами як комплексна характеристика дитини, у якій розкриваються рівні розвитку психофізичних якостей, що є найважливішою передумовою для нормального включення до нового загальноосвітнього середовища.

Навчання дитини з порушеннями ОРА в загальноосвітній школі – це своєрідна діяльність, яка висуває до маленького школяра певні вимоги, потребує від нього значного напруження фізичних та інтелектуальних сил, загального психічного розвитку та особливостей розвитку взагалі.

Життєва компетентність дошкільника означає його вміння збалансовувати свої біологічні ритми (активність, сон, апетит, стан, настрої, працездатність) із соціальними ритмами (почуттям відповідальності, усвідомлення необхідності соціально важливого, звичним розкладом, обов'язками і правами); не бути заручником негативних або тривожних думок і почуттів, руйнівних намірів; віддавати перевагу конструктивній, творчій активності перед споживацькою, деструктивною, виконавською, руйнівною [121].

Самостійність дитини це „здатність дошкільника діяти незалежно від керівництва і допомоги ззовні, звертатися за допомогою у разі об'єктивної необхідності, ефективно використовувати її, у подальшій діяльності відмовлятися від передчасної допомоги, ініціювати власні рішення, у різних життєвих ситуаціях покладатися на свій досвід, довіряти власним можливостям, бути здатним до самоорганізації, спроможним відстояти істину в суперечці, самому виробити судження з приводу когось-чогось” [179, с. 248].

Готовність дітей дошкільного віку до навчання в загальноосвітній школі визначається за педагогічним, соціальним, інтелектуальним, емоційним аспектами. Це здатність дитини до навчальної діяльності, розумовим і фізичним навантаженням, здатність спілкування з дорослими і однолітками, підпорядкування власних інтересів загальновизнаним нормам поведінки в умовах дитячих груп.

Загальні та специфічні вади стану здоров'я дитини з порушеннями ОРА значно впливають на рівень мотиваційно-особистісного, інтелектуально-змістовного та організаційно-дієвого компонентів її життєдіяльності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності дитини, мовленнєвого розвитку, емоційного стану дитини, її фізичного розвитку, дрібної моторики рук, сформованості розумових дій та рівня загальної обізнаності, наочності, словоскладання та образно-логічного мислення, розвитку уваги і пам'яті, конструювання, графічного диктанту, а також особливості її спілкування з однолітками, взаємодії дитини з близькими та дорослими, активності дитини при виконанні завдань, реагування на свої недоліки, ігрової діяльності дитини з однолітками, формування навичок самообслуговування, вміння діяти за встановленими правилами.

Саме ці показники повинні складати, на нашу думку, сутність та структуру готовності дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі.

## Висновки до розділу 1

Аналіз стану вивченості проблеми підготовки дітей з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі у психолого-педагогічній літературі показав, що майже всі дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів мають спільний напрям щодо необхідності ранньої корекційної роботи, адаптації та інклюзивного навчання таких дітей в загальноосвітньому просторі, формування їх життєвої компетенції, навичок навчальної діяльності та соціалізації у суспільстві. Автори в галузі дефектології та психології, приділяють велику увагу цьому питанню, але у своїх роботах фахівці майже не торкаються проблем підготовки та навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у загальноосвітньому закладі.

Велике значення у процесі підготовки дитини з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання в загальноосвітній школі має своєчасна, рання корекційно-педагогічна допомога. Така допомога дає можливість дитині з порушеннями опорно-рухового апарату навчатися в загальноосвітній школі або в школі-інтернаті загального типу.

У процесі діагностики стану готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі дефектолог виконує функцію координатора у підборі необхідних та найбільш виразних засобів та форм їх підготовки.

Сутність та структура готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі вказує, що глибоке знання клініко-психолого-педагогічних особливостей дитини дає можливість фахівцям, які займаються питанням підготовки такої дитини до навчання, розвивати у дошкільників з вадами розвитку не лише вміння читати, лічити, писати, а й такого рівня загального психічного розвитку взагалі, який давав би йому можливість успішно включитися в навчальний процес та природно адаптуватись до нього.

Особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в контексті їх підготовки до навчання в загальноосвітній школі залежать від наявності загальних і специфічних вад у стані здоров'я такої дитини. Загальні і специфічні вади у стані здоров'я дитини з порушеннями опорно-рухового апарату значно впливають на формування мотиваційно-особистісного, інтелектуально-змістовного та організаційно-дієвого компонентів життєдіяльності, життєвої компетентності, навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності такої дитини в загальноосвітньому середовищі.

Особливості психофізичного стану дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, обмеження у фізичному та інтелектуальному розвитку взаємопов'язані з процесом підготовки до навчання, навичками навчальної діяльності, життєвою компетентністю, які включають в себе: особливості спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленнєвий розвиток, особливості реагування на свої недоліки, емоційний стан, міміку, рівень сформованості розумових дій, оцінку образно-логічного мислення, научуваність, рівень загальної обізнаності, словоскладання, розвитку уваги і пам'яті, оцінювання загального розвитку дитини, його фізичного розвитку тощо.

Кваліфіковано проведена діагностична робота дає змогу грамотно і усебічно підготувати дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, вибрати оптимальну стратегію навчання й розвитку, сформувавши для них індивідуальну корекційно-реабілітаційну програму.

## РОЗДІЛ 2

### ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ

2.1. Критерії та методи діагностики готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу

Проблеми психолого-педагогічної діагностики дітей дошкільного віку з вадами психофізичного розвитку зберігають свою актуальність протягом останніх десятиліть, незважаючи на велику кількість досліджень у цій галузі. Різні підходи й методи діагностики процесу підготовки дітей з обмеженнями психофізичного розвитку до навчання дозволяють більш успішно вирішувати практичні завдання корекції психофізичних вад дитини її навчання в загальноосвітній школі.

Особливе значення у практичній реалізації принципів дошкільної діагностики мають положення Л. Виготського про спільність закономірностей психічного розвитку нормальних та аномальних дітей і визнання важливості виділення специфічних закономірностей їх аномального розвитку [34].

Ю. Гільбух, В. Загвязинский, А. Капська, Г. Карпова, Г. Лактіонова, Ю. Максименко, В. Максименко, В. Паніотто, В. Тесленко, Г. Цехмістрова, С. Харченко розкривають поняття соціально-педагогічної діагностики як методологічного інструменту, що дає управлінським органам необхідні знання, на основі яких розробляються різні педагогічні прогнози і проекти, вивчається суспільна думка і морально-психологічний клімат у суспільстві [37; 95; 158; 208; 222; 218].

Загальна схема технології здійснення діагностики містить у собі такі етапи:

- попереднє ознайомлення з об'єктом, що припускає одержання достовірного уявлення про предмет вивчення, виявлення його сильних і слабких сторін, можливих напрямів змін й удосконалення;

- проведення загальної діагностики: постановка завдань, виділення складу діагностованих ситуацій, визначення нормативних параметрів ситуацій, вибір методів діагностування;

- проведення спеціальної діагностики за кожною з узятих для заглибленого дослідження проблемою, вимірювання і аналіз усіх необхідних показників;

- побудова висновків, на основі яких робиться підсумок [218, с. 113–114].

Ми припускаємо, що метою нашої діагностичної роботи, спрямованої на вирішення питань ефективної підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі є отримання необхідної інформації про дитину, а також про рівень оволодіння дитиною навичками навчальної діяльності (спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленнєвого розвитку, особливостях реагування на свої недоліки; вміння долати труднощі; зосередженість, організованість, самостійність).

Діагностика, за визначенням Н. Сейко, „... це комплексний процес виявлення та вивчення причинно-наслідкових зв'язків і взаємин у суспільстві, які характеризують рівень його розвитку...” [184, с. 216–217].

Метод педагогічних спостережень ґрунтується на безпосередньому сприйманні педагогічних явищ і процесів у цілісності та динаміці. „Як метод наукового пізнання спостереження дає можливість одержувати первинну інформацію у вигляді сукупності емпіричних тверджень” [222, с. 82].

Метод анкетування дасть змогу доповнити один метод іншими з метою доведення гіпотези дослідження [74]. Метод бесіди в нашій діагностичній роботі припускає застосування його з метою уточнення визначення даних дослідження, які не були отримані попередніми методами [218, с. 104–109].

Метод вивчення документів і результатів діяльності дозволять нам відновити реальну дійсність досліджуваних явищ для їх глибокого аналізу, порівнянь, зіставлень, класифікацій [169].

Метод педагогічного експерименту надасть змогу в нашому дисертаційному дослідженні відокремити явище, що вивчається; цілеспрямовано змінювати умови педагогічного впливу на дітей; оперативно зібрати великий фактичний матеріал; повторювати окремі педагогічні явища приблизно в однакових умовах [74].

Діагностичний метод вивчення продуктів діяльності дитини дасть нам можливість проаналізувати продукти зображувальної і конструктивної діяльності дитини (малюнки, аплікації, ліплення, об'ємні зображення, конструкції), музичної діяльності (виконавство і творчість у пісні, гра на музичних інструментах), мовленнєво-творчої діяльності (творчі розповіді, переказування літературних творів, складання казок тощо) [173].

Метод математичної статистики дасть можливість провести кількісний аналіз одержаних результатів та обробити отримані дані експеримент [169, с. 63–67].

Для проведення діагностики процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі нами було створено банк даних про дітей, які потребують педагогічної допомоги та спеціальної корекційно-реабілітаційної допомоги в організації навчання в м. Ровеньках (Луганська обл.) та м. Краматорську (Донецька обл.).



Оцінка фізичного стану дитини – це не одноразова процедура, дитину слід повторно оглянути, через певні проміжки часу регулярно. Після кожного такого огляду розробляється програма корекції фізичних вад. Про успішність розробленої програми можна дізнатися після повторного обстеження дитини через шість місяців, коли виявиться, що поставлені цілі були досягнуті. Після цього встановлюються нові цілі і вносяться відповідні зміни в програму корекції.

Спостереження за дитиною дає можливість оцінити рухові дії в таких положеннях: положення „лежачи на спині”, положення „лежачи на животі”. Положення „сидячи”, можливість дитиною приймати положення колінно-кистьове, положення стоячи, ходьба, засоби пересування. При такій оцінці також враховується осанка (голова, плечі, руки, тулуб, таз, стегна, коліна, ступні).

При оцінці функціональних навичок корисно фіксувати такі деталі:

- дата оцінки навичок - записується дата, коли проводилась оцінка кожного функціонального навичку, тому що потрібно оцінювати їх через деякий час ще раз;

- положення - записується в якому положенні дитина виконує певні дії. Якщо дитину будь-хто підтримує, потрібно це вказати, і за яку частину тіла його підтримують. Якщо підтримку дитини забезпечує будь-яке сидіння, або меблі, потрібно також це записати. Якщо він користується будь-якими спеціальними пристосуваннями, потрібно зафіксувати і цей фактор;

- можливості - необхідно оцінити можливості дитини при виконанні нею конкретних дій. Спостерігаючи за функціональними навичками дитини, потрібно записати наскільки він самостійний у виконанні конкретних дій, а також яка допомога і в якому об'ємі йому при цьому необхідна.

- швидкість - важливе значення також має і час, за який дитина виконує ту або іншу функціональну дію. Дитина дійсно може витратити

дуже багато часу на виконання будь-якої функціональної дії. Під час оцінки можна відчувати, що дитина в стані виконувати ці дії дійсно швидше, тоді потрібно запропонувати нову програму, у відповідності з якою поступово буде скорочуватися час на цю операцію.

Фізична підготовленість дітей з порушеннями ОРА оцінюється як за кількісним, так і за якісними показниками. При цьому слід зазначити, що якісні критерії в оцінці результатів рухової діяльності більш інформативні, ніж кількісні показники успішності виконання рухових завдань дітьми. Для останніх найбільш характерний не сам факт виконання рухових завдань, а реалізація рухових завдань та реалізація програмних вимог для самоствердження.

Для оцінки моторної підготовленості дітей з порушеннями ОРА використовують критерії визначення відхилення від норм. Цей метод тестування підкреслює якісні показники фізичних функцій, навичок, форм рухів, пози. Він також дозволяє вивчити етап формування навичок і розвитку фізичних якостей. Оскільки моторна підготовленість складається з двох компонентів: основного рухового вміння і психомоторного уміння, перевіряють основні рухові вміння при виконанні рухів (наприклад, повзанні, ходьбі, бігу, стрибках, метанні, хапанні; штовханні, удар і т. ін.) і психомоторні вміння (направлене і просторове відчуття, керівна і вибіркова можливість, реакція, координація рухів, тонких навичок), що відносяться до функцій органів чуттів (зорові, слухові і смакові відчуття, тактильна чутливість тощо).

Для визначення рівня рухової функції дітей і її динаміки під впливом різних тренувальних навантажень, застосовується педагогічне тестування. Для отримання інформації рекомендується використовувати тести, прийняті у міжнародній практиці реабілітаційних центрів. При проведенні рухливих ігор тест „Відхилення від норми” дає можливість перевірити не тільки результативність, але й інші психофізичні можливості дітей: співпраця і відповідальність, справедливість, дисциплінованість, чесність тощо.

У практиці реабілітації застосовується складна система оцінок, що визначає різновид рухових порушень і дефектів. П'ятибальна система оцінки (табл. 2.1) ґрунтується на факторах полегшення рухової функції, на русі в горизонтальній площині. На зняття маси нижчележачого сегмента кінцівки, на зняття сили тертя за допомогою підвісів, на збільшення точок прикріплення м'язів – антагоністів з метою усунення протидії цих м'язів.

Таблиця 2.1

### Визначення сили м'язів за п'ятибальною системою

Функціональні можливості м'язів чи м'язової групи	Оцінка
Функція, що відповідає нормальній	5
Можливість переборювати значний опір (протидія)	4
Можливі рухи у вертикальній площині з подолання маси нижче лежачої ланки кінцівки	3
Можливі рухи в горизонтальній площині з подоланням сили тертя	2
Можливі рухи в горизонтальній площині на підвісах (тобто за умови усунення сили тертя)	1
Параліч, рухи неможливі	0

Разом із тим пропонується використовувати шкали оцінки рухового вміння й оцінки психомоторного рухового уміння (табл. 2.2, 2.3).

Щоб отримати повну і своєчасну інформацію про динаміку удосконалення рухової функції, реабілітологу необхідно застосовувати спеціальні тести, які легко здійснюються в умовах відповідного закладу, не вимагають спеціального розучування, прості та доступні дитині будь-якого віку. Систематичне використання цих тестів дозволяє характеризувати рівень розвитку рухової функції на всіх етапах процесу корекції фізичних вад, вносити відповідні корективи.

Таблиця 2.2

**Шкала оцінки рухових можливостей дітей порушеннями ОРА**

Стан	Бали
Зовсім неможливо приймати потрібну позу, навіть за допомогою інших людей	0
Можливість приймати позу з допомогою, але не можливість утримувати її	1
Можливість приймати потрібну позу тільки з допомогою і деякий час утримувати її з допомогою	2
Можливість самому приймати потрібну потрібну позу, але неможливість утримувати її	3
Самостійно приймати і деякий час утримувати позу	4
Абсолютно точно виконувати завдання	5

Таблиця 2.3

**Шкала оцінки психомоторного вміння**

Рухові можливості	Стан	Бали
Неможливість	Неможливість виконання завдання в зв'язку з його незрозумінням	0
Труднощі	Слабке розуміння завдання і виконання його з великими помилками	1
Практично нормально	Розуміння завдання, але Інді плутане його виконання	2
Самостійно	Абсолютне розуміння і виконання завдання	3

Розрізняють пасивне й активне дослідження. Пасивне дослідження застосовують для виявлення контрактур і тугорухливості у досліджуваних суглобах (повний (100 %) обсяг рухів, часткові порушення (75, 50 %), грубе порушення (25 % і менше). Активне дослідження проводять враховуючи два основних фактори, що перешкоджають нормальній амплітуді активного руху: тонічне (спастичне) напруження м'язів і їхня слабкість (парез). Для зменшення спастичності користуються двома

основними прийомами: багаторазовим пасивним рухом, що здійснюється у досліджуваному суглобі суворо в одній площині, а також штучним збільшенням напруження в м'язах – антагоністах спастичним м'язам.

Амплітуда рухів (табл. 2.4, 2.5) визначається у градусах (кутоміром чи спеціальною градуйованою сіткою) чи у відсотках стосовно максимального об'єму рухів і нормальної сили м'язів (100, 75, 50, 25 %).

Таблиця 2.4

### Вимірювання амплітуди рухів у суглобах

Рух, суглоб	Положення кутотіра	Положення бранш	
		Перша бранша	Друга бранша
Згинання, розгинання, відведення в плечовому суглобі	Головка плечової кістки	Акроміон – найвища точка клубової кістки	Акроміон – виросток
Згинання і розгинання у ліктьовому суглобі	Виросток плеча	Виросток плеча – акроміон	Виросток плеча – шиловидний відросток променевої кістки
Згинання і розгинання у кульшовому суглобі	Великий вертел	Великий вертел – середина підпахової западини	Великий вертлюг – латеральний виросток стегнової кістки
Згинання у променево - зап'ястному суглобі	Шилоподібний відросток ліктьової кістки	По зовнішньому краю ліктьової кістки	По зовнішньому краю п'ясткової кістки
Розгинання у променево - зап'ястному	Між дистальними кінцями кісток передпліччя	На середині між ліктьовою і променевою кістками	На середині між III та IV пальцями
Згинання і розгинання у колінному суглобі	Латеральний виросток стегнової кістки	Латеральний виросток стегнової кістки – великий вертел	Латеральний виросток стегнової кістки – латеральна кісточка
Згинання і розгинання у гомілкостопному суглобі	Медіальна кістка	Медіальна кісточка – медіальний виросток стегнової кістки	Медіальна кісточка – середина 1 – го плесно фалангового суглоба

**Середня рухливість в деяких суглобах кінцівок, градуси від вихідного положення**

<b>Суглоб</b>	<b>Згинання – розгинання</b>	<b>Приведення – відведення</b>	<b>Внутрішня – зовнішня ротація</b>
Плечовий	180 – 60	0 – 180	90 – 90
Ліктьовий	145 – 0	-	-
Променевво – ліктьовий	-	-	90 – 90
Променево – зап'ястковий	90 – 80	20 – 45	-
Кульшовий	125 – 15	10 – 45	45 – 45
Колінний	130 – 0	-	-
Гомілкостопний	45 - 20	-	-

Для визначення мети, цілей, постановки завдань, здійснюють оцінку парезу, тонуусу м'язів, обсяг рухів, патологічних установок, дискоординації розладів. Тому оцінку проводять лікар-невролог, лікар-ортопед, фахівець з фізичної реабілітації за певними характеристиками:

- 5 – відсутність активних рухів;
- 4 – ледь помітне скорочення м'язів;
- 3 – наявність можливості активних рухів;
- 2 – легке зниження сили;
- 1 – відсутність зниження сили – норма.

Характеристика гіпертонуусу м'язів:

- 5 – динамічна контрактура;
- 4 – різке підвищення тонуусу;
- 3 – помірне підвищення тонуусу;
- 2 – легке підвищення тонуусу;
- 1 – відсутність підвищеного тонуусу – норма.

Оцінка рівня обмеження обсягу активних рухів:

- 5 – відсутність 10% нормального обсягу;
- 4 – 25% нормального обсягу;

3 – 50% нормального обсягу;

2 – 75% нормального обсягу;

1 – відповідність нормі.

Характеристика патологічних установок:

5 – стійке збереження патологічної установки;

4 – можливість активного, але не повного виведення сегмента у фізіологічне положення;

3 – можливість активного повного виведення сегмента у фізіологічне положення, але без утримання його при руках;

2 – можливість активного повного виведення сегмента у фізіологічне положення з утриманням його при руках тільки в умовах постійного свідомого контролю;

1 – відсутність патологічних установок.

Характеристика патологічних рефлексів:

5 – збереження усіх тонічних рефлексів періоду немовляти, які формують патологічний руховий стереотип;

4 – збереження чотирьох тонічних рефлексів. Часткове подолання впливу тонічних рефлексів на верхній кінцівки і менше на рух;

3 – збереження двох-трьох тонічних рефлексів. Подолання впливу тонічних рефлексів на верхні та нижні кінцівки;

2 – збереження одного з основних тонічних рефлексів, який переборюється хворим;

1 – відсутність тонічних нескорочених рефлексів – норма.

Характеристика патологічних синкінезій:

5 – виражені розповсюджені патологічні синкінезії;

4 – довільна можливість зниження виразності патологічних синкінезій;

3 – довільне пригнічення патологічних синкінезій тільки в спокої;

2 – довільне пригнічення синкінезій у спокої і при довільних рухах;

1 – відсутність патологічних синкінезій.

Характеристика дискоординарних розладів:

5 – виражена атаксія кінцівок і тіла;

4 – значна дискоординація рук і ніг;

3 – помірна дискоординація;

2 – легка дискоординація;

1 – відсутність дискоординації – норма.

Характерною ознакою порушень ОРА є рухові обмеження, які визначаються патологією м'язового тону, здатністю утримувати статичну та динамічну стійкість у різних положеннях, виконувати довільні рухи, необхідні для самообслуговування та активної самодіяльності. Рухові розлади обумовлені дією різних чинників, всі безпосередньо пов'язані із специфікою захворювання та відзначаються такими порушеннями:

- тону м'язів. Регулювання м'язового тону забезпечується узгодженою діяльністю різних складових нервової системи. Відхилення від норми призводить до частого прояву і формування сталого підвищеного м'язового тону – спастичності, що відзначається його зростанням при спробі виконувати певний рух або рухову дію, особливо, у вертикальному положенні тіла. Інше порушення м'язового тону – ригідність, характеризується тим, що м'язи постійно напружені і знаходяться в стані максимального підвищення тону (тетанусу), що призводить до порушення плавності рухів і злагодженої взаємодії окремих м'язів під час їх виконання. При гіпотонії (знижений м'язів тону) м'язи кінцівок і тулуба в'ялі, слабкі, а обсяг пасивних рухів є набагато більшим від нормального. Дистонія відзначається зміною м'язового тону, тобто його непостійністю, мінливістю, - в стані спокою м'язи розслаблені, при спробі виконувати рух тону різко зростає, що в окремих випадках унеможлиблює цей процес;

- обмеженість чи неспроможність виконати довільні рухи. Ступінь ураження мозку, пов'язана з недієздатністю моторних зон кори головного



мозку і привідних моторних (пірамідних) шляхів, призводить до часткової недієздатності зазначених структур, неспроможності виконувати певні рухи;

- насильницькі рухи. Ними характеризуються деякі форми церебрального паралічу, а проявляються ці рухи у вигляді гіперкінезу чи тремору. Гіперкінез відзначається мимовільними рухами внаслідок зміни тону м'язів та наявністю неприродних положень, незакінчених рухів, які спостерігаються в стані спокою і посилюються при спробі виконати рухи або при зміні емоційного стану (хвилювання, злість). Він завжди ускладнює (робить неможливим) виконання довільного рухового акту, найчастіше виникає в м'язах шиї, голови, артикуляційного апарату, різних відділів кінцівок і тулуба. Тремор – тремтіння пальців рук і язика, найбільше проявляється при виконанні цілеспрямованих рухів за участю дрібної моторики і посилюється від початку до кінця їх виконання;

- рівноваги та інших координаційних здібностей. Проявом цих порушень є атаксія, що відзначається нестійким положенням тулуба при сидінні, стоянні, ходьбі, в тяжких випадках – неспроможністю дитини сидіти, стояти без підтримки, а також нестійкістю ходи (широко розставляючи ноги, похитуючись, відхиляючись у сторони). Інші прояви координації виявляють такі відхилення від норми: неточність виконання рухових дій, неузгодженість рухів у руховій дії, виконаних в першу чергу, верхніми кінцівками; порушення дрібної моторики, низька здатність диференціювати різні біомеханічні параметри рухів, виконувати маніпуляції;

- відчуття руху. Для представників усіх форм церебрального паралічу характерна низька регуляція рухів у зв'язку з поганою взаємодією пропріорецепторів та відділів ЦНС, що відповідають за орієнтування в просторі, силу скорочення м'язів. Результатом кінестезії є дефекти, пов'язані з послабленням відчуття положення, викривленням сприйняття напрямку руху, однобічністю виконання певних груп рухів, затримкою розвитку дрібної моторики;

- недостатній розвиток ланцюгових настановних розгинальних рефлексів. Такі статокінетичні рефлекси забезпечують вертикальне положення тіла в просторі до низької здатності утримувати у потрібному положенні;

- мимовільні споріднені рухи (синкінезії), що супроводжують виконання основного руху чи рухової дії;

- патологічні тонічні рефлекси. Позотонічні рефлекси, що належать до вроджених безумовних рухових автоматизмів, у дітей з ДЦП виявляють запізнений режим зниження з віком. Таке посилення порушує природний розвиток моторних функцій, сприяє формуванню патологічних тонічних положень, рухів, контрактур, деформацій.

В залежності від прояву та поєднань порушень виокремлюються різні ступені рухових розладів. Тяжка ступінь ураження характеризується тим, що дитина самотійно пересувається із значними труднощами, лише частково оволодіває навичками самообслуговування. Для середнього ступеня характерним є здатність самотійно пересуватися тільки на невеликі відстані, володіють навичками самозабезпечення, які разом з тим, недостатньо автоматизовані й координовані при диференціюванні параметрів рухів. Легка ступінь ураження характеризується здатністю дитини самотійно пересуватися на великі відстані, сформованістю на достатньому рівні навичок самообслуговування, але значна кількість рухових дій виконується неефективно з точки зору біомеханіки, що пов'язано з психомоторними і морфофункціональними структурними дефектами нервово – м'язового апарату.

Оцінювання психолого-педагогічних показників готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі (життєва компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самотійність) проводилось нами за відповідними рівнями: низький, середній і високий.

Діагностика життєвої компетентності дитини в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі включає дослідження наступних складових: особливостей спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленевого розвитку дитини, особливостей реагування на свої недоліки, емоційний стан дитини, діагностику міміки.

Особливості спілкування з однолітками є однією зі складових життєвої компетентності психолого-педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі. Діагностика особливостей спілкування з однолітками досліджена за допомогою таких показників (табл. 2.6):

- можливість дитини підійти до незнайомої дитини і що-небудь запитати або поспілкуватись з нею;
- частість суперечок та конфліктів, в які дитина вступає зі своїми однолітками;
- реакція дитини на засмученість та плач іншої дитини.

*Таблиця 2.6*

**Показники діагностування особливостей спілкування дітей з порушеннями ОРА з однолітками**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Можливість звернутися до незнайомої дитини і що-небудь запитати, або поспілкуватися з нею	Ніколи	Інколи	Часто
Частість суперечок та конфліктів, в які дитина вступає зі своїми однолітками	Часто	Інколи	Дуже рідко
Реакція дитини на засмученість та плач іншої дитини	Ніяк не реагує	Співчуває	Намагається заспокоїти

## Діагностика формування навичок самообслуговування (табл. 2.7)

проводилась за наступними показниками:

- вміння дитини одягатися, роздягатися;
- самостійне вмивання, миття рук;
- самообслуговування дитини в туалеті;
- приймання їжі та годування дитини;
- самопересування дитини.

Таблиця 2.7

### Показники оцінювання рівня сформованості навичок самообслуговування у дітей з порушеннями ОРА

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Одягання, роздягання	Не може самостійно одягнутися і роздягнутися	Потребує дрібної допомоги при одяганні і роздяганні	Може самостійно одягатися або роздягатися
Вмивання, миття	Дитина не може самостійно вмитися або помитися	Вмивається або миється з допомогою	Вмивається та миється самостійно
Самообслуговування в туалеті	Дитина не може самостійно оправитися	Може самостійно оправитися з частковою допомогою	Може самостійно оправитися
Приймання їжі, годування	Дитина не може самостійно їсти	Може самостійно їсти з дрібною допомогою	Дитина може самостійно їсти
Пересування	Дитина не може самостійно пересуватись	Пересувається з допомогою	Дитина може пересуватися самостійно

Діагностика вміння дитини взаємодіяти з близькими дорослими стала можливою за умови аналізу таких показників:

- реакція дитини на свою неспроможність виконати вправу;
- частість конфлікту дитини з близькими.

Мовленнєвий розвиток дитини ми досліджували за допомогою методів звуковимови, лексичного мовлення, граматичної будови мовлення, зв'язного мовлення (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Показники оцінювання рівня мовленнєвого розвитку дитини  
з порушеннями ОРА**

Показники	Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
		Низький	Середній	Високий
1. Звуковимова	Вихователем читається короткий текст, а дитина повинна його переказати	Дитині складно переказати текст	Відбувається заміна слів	У переказі є незначні неточності
2. Лексичне мовлення	Дитина повинна виконати дії за словесною інструкцією	Дитина не виконує дії за словесною інструкцією	Плутається у виконанні дій	Виконує всі дії за словесною інструкцією
	Дитина повинна відповісти, що зображено на малюнках	Дитина не може відповісти, що зображено на малюнках	Плутається у відповідях, що зображено на малюнках	Відповідає, що зображено на малюнках
3. Граматична будова мовлення	За завданням вихователя замінити одне слово іншим	Дитина не може замінити одне слово іншим	Плутається при заміні одного слова іншим	Може замінити одне слово іншим за завданням вчителя
	З декількох слів скласти словосполучення	Дитина не може скласти словосполучення	Плутається при складанні словосполучень	Може скласти словосполучення
4. Зв'язне мовлення	Дитина повинна скласти речення за малюнком	Дитина не може скласти речення за малюнком	Плутається при складанні речення	Може скласти речення

Діагностика особливості поведження дитини з порушеннями опорно-рухового апарату у колі однолітків проводилася за показником: реакція дитини на свою неспроможність виконати вправу у присутності дітей.

Емоційний стан дитини з порушеннями опорно-рухового апарату досліджувався за наступними показниками: характер емоційного стану дитини, частість зміни настрою дитини впродовж заняття, дитина втомилася та відмовляється від дій, пропонуючи підготовлену казкову ситуацію, і дитина продовжує розпочату справу.

Діагностика розвитку міміки дитини дозволить оцінити здатність дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до адекватного мімічного вираження при спілкуванні з однолітками та дорослими. Провести таку діагностику можливо наступним чином: дитині даються словесні завдання для вираження обличчям емоційного стану людини.

Діагностика оволодіння навичками навчальної діяльності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі проведена нами за допомогою методик Н. Гуткіної, А. Зака, О. Кравцової, Г. Цукерман, Т. Скрипник, Н. Смелянської, В. Шарохіної. Методики представлених авторів допомагають дослідити: сформованості розумових дій; оцінки образно-логічного мислення; научуваності; рівня загальної обізнаності; словоскладання; діагностики уваги та пам'яті; оцінювання загального розвитку дитини [113; 169; 191].

Діагностика сформованості розумових дій показника оволодіння навичками навчальної діяльності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі проведена за такими складовими:

- відмінність двох предметів один від одного;
- вміння знайти спільне та відмінне у двох предметах;
- вміння знайти схожі та відмінні предмети;
- вміння знайти предмет, не схожий на інші.

Діагностика наочності, як показника оволодіння навичками навчальної діяльності, визначалася через завдання, які розглядалися на заняттях.

Рівень загальної обізнаності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі досліджувався за визначенням кольору предмету, форми предмету, відстані до предмету, кількості предметів, зображеного предмету.

Діагностику пам'яті здійснено за допомогою виявлення та оцінки довільного та незадовільного запам'ятовування навчального матеріалу: „Запам'ятай малюнки”; „Запам'ятай і розстав крапки”.

Діагностика оцінювання загального розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату досліджена за допомогою тесту Керна-Іразека.

Діагностика вміння долати труднощі в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі проведена за допомогою показників: фізичного розвитку дитини (сили м'язів дитини, рівноваги, розвитку основних рухових функцій - лежання і перевертання, сидіння, повзання та рачкування, стояння, ходьба, згинання та розгинання рук в упорі лежачи на підлозі, піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині), оцінки якості виконання фізичних вправ, графічного диктанту.

Дослідження вміння долати труднощі ми провели за допомогою методики А. Зака „Графічний диктант”.

Діагностика самостійності в контексті процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі була організована за допомогою тестів розвитку дрібної моторики рук, правопису букв (чіткість напису, нахил, розмір), конструювання.

Рівень особливостей реагування на свої недоліки (показник життєвої компетентності) оцінено нами за такими показниками: як дитина поводить себе при виконанні завдання, яке завдання дитина неспроможна виконати через свої вади? (низький рівень – дитина швидко припиняє виконувати

завдання; середній рівень – нервує при виконанні завдання; високий рівень – весь час намагається виконати завдання).

Емоційний стан дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за показниками, наведеними в табл. 2.9.

*Таблиця 2.9*

**Показники оцінювання емоційного стану дитини з порушеннями ОРА**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Характер емоційного стану дитини	Постійне відчуття страху	Неспокійний, схвильований стан	Спокійний стан
Частість зміни настрою дитини впродовж заняття	Завжди	Часто	Інколи
Дитина втомилася та відмовляється від дій, але пропонуємо якусь казкову ситуацію, і дитина продовжує розпочату справу	Ніколи	Інколи	Завжди

Діагностика міміки дитини з порушеннями опорно-рухового апарату оцінювалося за допомогою завдань щодо дій дитини: дитині даються словесні завдання для вираження обличчям емоційного стану людини (низький рівень – дитина не може виконати словесні вказівки дорослого щодо мімічного вираження основного емоційного стану людини; середній рівень – може виконати деякі словесні вказівки дорослого, а деякі плутає; високий рівень – може правильно виконати всі словесні вказівки дорослого щодо мімічного вираження основного емоційного стану людини).

Рівень сформованості розумових дій оцінено за показниками, наведеними в табл. 2.10.



**Показники оцінювання рівня сформованості розумових дій у дітей  
з порушеннями ОРА**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Відмінність двох предметів один від одного	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Вміння знайти спільне та відмінне у двох предметах	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Вміння знайти схожі та відмінні предмети	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Вміння знайти предмет, не схожий на інші	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає

Рівень розвитку образно-логічного мислення дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за методиками 1) „Пора року”; 2) „Нісенітниця” :

1) за відведені 2 хв. дитина повинна була назвати відповідну пору року, побачену на картинці та обґрунтувати свою думку (низький рівень – дитина не змогла правильно визначити жодної пори року і не назвала точно жодної ознаки; середній рівень – дитина правильно визначила пору року на 2–3 картинках із чотирьох і вказала тільки 3–4 ознаки, що підтверджують її думку; високий рівень – дитина правильно визначила пору року на всіх 4 картинках, указавши при цьому 5–8 ознак, що підтверджують її думку);

2) дитині показували картинку, на якій намальовані безглузді ситуації з тваринами. Дитина за 3 хв. повинна була розповісти, чи все на картинці перебуває на своєму місці й правильно намальовано. Причому, дитина повинна пояснити свою відповідь (низький рівень – за відведений час дитина не встигла виявити менше ніж чотири із семи наявних нісенітниць і не вистачило часу пояснити відповідь; середній рівень –

дитина виявила від 4 до 6 нісенітниць, але чотири не встигла до кінця пояснити й сказати, як насправді повинно бути; високий рівень – дитина помітила і відзначила всі наявні нісенітници за 3 хв. і встигла задовільно пояснити, що не так і, крім того, сказати як насправді повинно бути).

Рівень науковості дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено, за допомогою таких запитань:

- які завдання розглядали на заняттях?;
- як групували предмети – за якими ознаками?

Рівень загальної обізнаності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату оцінювалося нами за параметрами, наведеними у табл. 2.11.

*Таблиця 2.11*

**Показники оцінювання рівня загальної обізнаності дітей  
з порушеннями ОРА**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
Визначити колір предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначити форму предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначити відстань до предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначити кількість предметів	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає
Визначення зображеного предмета	Дитина відповідає невірно	Дитина плутається у відповідях	Дитина вірно відповідає

Рівень розвитку вміння словоскладання було оцінено нами за методиками 1) „Придумай і вимови нове слово”; 2) „Назви слова”; 3) „Розкажи за картинкою”. За умови першої методики вихователь задає дитині шістнадцять питань про чотири дії людей і з’ясовує її уявлення про те, як, на її думку, називаються професії чоловіка, жінки, установа, у якій здійснюється дія, продукт, одержуваний у результаті дії (низький рівень – дитина не знаходить правильних відповідей або називає одне вірне слово за смисло-творенням; середній рівень – дитина утворює вірно одне, два слова чи 2–4 слова називає за словотворенням; високий рівень – дитина утворює вірно 3–4 слова та одне вірно називає за словотворенням);

2) вихователь називає дитині деяке слово з відповідної групи (тварини, рослини, колір предметів, форми предметів і т. д.) і просить дитину самостійно назвати інші слова, що належать до цієї групи. Називати кожен з груп слів треба за 20 с. (низький рівень – дитина за весь час назвала не більше 19 слів, пов’язаних із різними групами; середній рівень – дитина назвала від 20 до 34 слів, пов’язаних із різними групами; високий рівень – дитина назвала 35 і більше різних слів, що належать до всіх груп);

3) дитині пропонували розповісти про те, що вона бачила на попередньо розглянутій картинці. Психолог, що проводить дослідження, фіксує наявність і частоту вживання дитиною різних частин мови, граматичних форм і конструкцій (іменник, дієслово, прикметники у звичайній формі, прикметники в порівняльному ступені....) – (низький рівень – у мові дитини є не більше 2 із включених до таблиці фрагментів мови; середній рівень – у мові дитини зустрічаються від 3 до 7 із включених до таблиці фрагментів мови; високий рівень – у мові дитини зустрічаються від 8 до 10 включених до таблиці фрагментів мови).

Діагностика уваги дитини з порушеннями опорно-рухового апарату проводилася нами за методиками 1) „Простав значки”, 2) „Що тут зайве?”, 3) „П’єрона – Рузера”: 1) дитині показують картку, на якій намальовані квадрати, трикутники, ромби та кола. Кожна з цих фігур відзначається окремими знаками. Дитина за 2 хвилини повинна кожен з фігур відзначити окремими знаками. Показник переключення й розподілення уваги дитини визначається за формулою:  $S = 0,5N - 2,8n / 120$ , де  $S$  – показник переключення й розподілення уваги;  $N$  – кількість геометричних фігур, позначених відповідними знаками;  $n$  – кількість помилок (низький рівень – показник  $S$  перебуває в межах від 0,00 до 0,25; середній рівень – показник  $S$  перебуває в межах від 0,26 до 0,75; високий рівень – показник  $S$  перебуває в межах від 0,76 до 1 і більше);

2) дитині показують серію картинок з різними предметами. На кожній картинці один з чотирьох зображених предметів є зайвим. Дитина повинна визначити, який предмет зайвий і чому (низький рівень – дитина за 3 хв. не впоралася із завданням; середній рівень – дитина вирішила завдання за час від 1,5 до 3 хв.; високий рівень – дитина вирішила завдання за час від 1 до 1,5 хв.);

3) перед дитиною кладеться чистий бланк, і психолог показує, якими знаками позначаються квадрат, трикутник, коло та ромб. Дитина заповнює всі інші фігури самостійно. Психолог фіксує кількість знаків поставлених за 1, 2, 3 хв. (низький рівень – дитина виконує вправу повільно, з великою кількістю помилок; середній рівень – після другої хвилини починає працювати по пам’яті без спирання на зразок; з малою кількістю помилок; високий рівень – після першої хвилини починає працювати по пам’яті; з великою кількістю виконаних фігур; майже без помилок).

Діагностика пам’яті дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було організовано за такими методиками:

- „Запам’ятай малюнки” - дитині показують спочатку одну картинку з 9 фігурами, потім другу картинку, на якій крім 9 фігур є ще 6 додаткових фігур. Дитина за 1,5 хвилини за декілька спроб повинна розпізнати перші 9 фігур. (низький рівень – дитина не впізнала на картинці жодного зображення або впізнала 1–3 зображення за час від 75 до 85 с; середній рівень – дитина впізнала 3–6 зображень за час від 65 до 75 с; високий рівень – дитина впізнала 7–9 зображень за час від 45 с до 1,5 хв.);

- „Запам’ятай і розстав крапки” - дитині показують 8 карток, на яких по черзі розставлені крапки від двох до дев’яти. Після кожної чергової картки пропонують відтворити побачені крапки в порожній картці за 15 с. (низький рівень – дитина змогла відтворити на одній картці не більше двох крапок; середній рівень – дитина правильно відтворила по пам’яті від трьох до шести крапок; високий рівень – дитина правильно відтворила по пам’яті від семи до дев’яти крапок).

Оцінювання рівня загального розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було проведено за допомогою Теста Керна – Іразека: дитині пропонувалося намалювати чоловічу фігуру; скопіювати з трафарету незнайому комбінацію штрихів; скопіювати з трафарету десять намальованих крапок. Кожне завдання оцінювалося за п’ятибальною системою: 1 – краща оцінка, а 5 – гірша (низький рівень – у намальованій фігурі відсутні деякі частини тіла або відсутнє чітке зображення тулуба чи кінцівок; середній рівень – у намальованій фігурі є голова, шия, тулуб, ноги й руки, на голові – волосся, на обличчі – очі, ніс, рот, але відсутні пропорції тіла, окремі елементи одягу або одяг не відповідає статі; високий рівень – у намальованій фігурі є голова, шия, тулуб, ноги й руки, на голові – волосся, на обличчі – очі, ніс, рот, є ознаки чоловічого одягу).

Рівень фізичного розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за показниками, наведеними в табл. 2.12.

**Критерії оцінювання рівня фізичного розвитку дітей  
з порушеннями ОРА**

Показники	Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
		Низький	Середній	Високий
1. Сила м'язів дитини	Дитина повинна підняти та утримати ногу (руку, тулуб) під час протидії	Дитина не може підняти та утримати ногу (руку, тулуб) або може поворушити нею	Піднімає ногу (руку, тулуб) з невеликою протидією або без протидії	Піднімає і утримує ногу (руку, тулуб) з великою протидією
2. Рівновага	У положенні стоячи (стоячи на двох колінах, сидячи) дитину обережно штовхають (уперед, назад, вправо, вліво)	Дитина не намагається протидіяти падінню	Намагається не впасти	Утримується від падіння
3. Розвиток основних рухових функцій	Лежання і перевертання	Дитина не може виконати перевертання з положення лежачи на спині, на животі	Намагається виконати перевертання та частково перевертається	Повністю виконує перевертання
	Сидіння	Дитина не може виконати сидіння	Намагається виконати або виконує частково	Виконує повністю
	Повзання та рачкування	Дитина не може виконати повзання та рачкування	Намагається повзати та рачкувати або виконує частково	Дитина повністю виконує повзання та рачкування
	Стояння	Дитина не може виконати стояння	Намагається виконати або виконує частково	Стоїть впевнено

	Ходьба, біг, стрибки	Дитина не може ходити, бігати, стрибати	Намагається ходити, бігати, стрибати або частково ходити, бігає, стрибає	Впевнено ходить, бігає, стрибає
	Згинання та розгинання рук в упорі лежачи на підлозі	Дитина не може виконати згинання рук в упорі лежачи на підлозі	Намагається або виконує частково згинання рук в упорі лежачи на підлозі	Повністю виконує згинання рук в упорі лежачи на підлозі
	Піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині	Дитина не може виконати піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині	Намагається виконати або виконує частково піднімання тулуба в сід	Повністю виконує піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині
Лов-кість	Кидок і ловля м'яча	Дитина ловить м'яч не більше ніж 3 рази з 10	Дитина ловить м'яч більше ніж 3 рази з 10	Дитина ловить м'яч постійно

Показники вміння дітей долати труднощі отримані нами за допомогою методики А. Зака „Графічний диктант”: дитина в зошиті, не відриває олівця, робить найпростіші рухи за завданням вихователя (одна клітина вправо, потім догори, вправо, донизу і т. д.). Наступне завдання трохи складніше і т. д. Усього пропонується 4 диктанти (низький рівень – якщо помилок більше, ніж правильно відтворених ділянок; середній рівень – якщо зроблено небагато помилок; високий рівень – безпомилкове відтворення візерунку).

Рівень розвитку дрібної моторики рук та вміння конструювати дитиною з порушеннями опорно-рухового апарату оцінено за показниками, наведеними у табл. 2.13.

**Показники оцінювання рівня розвитку дрібної моторики рук у дітей  
з порушеннями ОРА**

Завдання дослідження	Рівень оцінювання тестів		
	Низький	Середній	Високий
1. Ізолювання рухів пальців	Дитина не може ворухнути окремо кожним пальцем	Може ворухнути пальцем, але ворухнуться додатково один або два пальці	Може ворухнути окремо одним пальцем
2. Будування вежі з кубиків	Дитина не може побудувати вежу з кубиків	Не може побудувати вежу до кінця	Може побудувати вежу з 9–10 кубиків
4. Малювання трикутника	Дитина не може намалювати трикутник за шаблоном	Частково або не точно малює трикутник за шаблоном	Може чітко намалювати трикутник за шаблоном
5. Малювання в межах горизонтальної та вертикальної доріжок	Дитина не може малювати в межах горизонтальної й вертикальної доріжок	Частково або з неточностями малює в межах горизонтальної й вертикальної доріжок	Чітко малює в межах горизонтальної і вертикальної доріжок
6. Просовування шнурка в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками	Дитина не може просунути шнурок в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками	Може частково або з допомогою просунути шнурок в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками	Самостійно просовує шнурки в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками
7. З'єднання точок	Дитина не може з'єднати самостійно послідовно точки	Може з'єднати з допомогою	Може самостійно та послідовно з'єднати точки
8. Зав'язування вузла	Дитина не може самостійно зав'язати вузол	Може зав'язати, але з частковою допомогою	Самостійно зав'язує вузол



9. Прикрашання картини	Дитина не може самостійно прикрасити картину	Може прикрасити, але з допомогою	Може прикрасити самостійно
10. Вирізування картинки ножицями	Дитина не може самостійно вирізати ножицями	Може вирізати ножицями, але з частковою допомогою	Може самостійно вирізувати ножицями картинку
11. Продовження простих візерунків	Дитина не може самостійно продовжити візерунок	Може продовжити візерунок з частковою допомогою	Може самостійно продовжити простий візерунок

Рівень конструювання дитиною з порушеннями опорно-рухового апарату було оцінено за допомогою завдання щодо дій дитини: дитині давали завдання побудувати будинок за зразком з великою кількістю деталей, необхідних для цього (низький рівень – дитина не може довести справу до кінця, зробивши спочатку невірні кроки; середній рівень – дитина побудувала будинок, але з великими неточностями у розмірі, формі, кольорі блоків конструкції; високий рівень – дитина вірно побудувала конструкцію, відтворивши розмір, форму й колір блоків конструкції).

Рівень вміння діяти за правилами було оцінено за допомогою методики „Візерунок”. Відповідно завданню, дітям видається аркуш паперу з намальованими трикутниками, квадратами, колами. Необхідно з’єднати трикутники й квадрати так, щоб вийшов візерунок за завданням дорослого. Кожне правильне з’єднання зараховується за два бали. Максимальна кількість балів – 24 (низький рівень – дитина зробила велику кількість зайвих з’єднань, не передбачених завданням вчителя, робила „розриви” та пропуски „зон” завдання між правильними з’єднаннями. Дитина набрала 0–5 балів; середній рівень – дитина зробила невелику кількість помилок („розриви”, пропуски „зон” ін.). Дитина набрала 6–14 балів.; високий рівень – дитина виконала майже без помилок або з малою кількістю помилок та набрала 15–24 бали).

Проведена діагностика рівня життєвої компетентності у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту (вересень 2005 року) на низькому рівні розвитку знаходилося 7,6 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 92,4 % і на високому рівні – 0 % (рис. 2.1).

Показники розвитку життєвої компетентності у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні розвитку знаходилось 20,4 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 79,6 % і на високому рівні – 0 % (рис. 2.1).

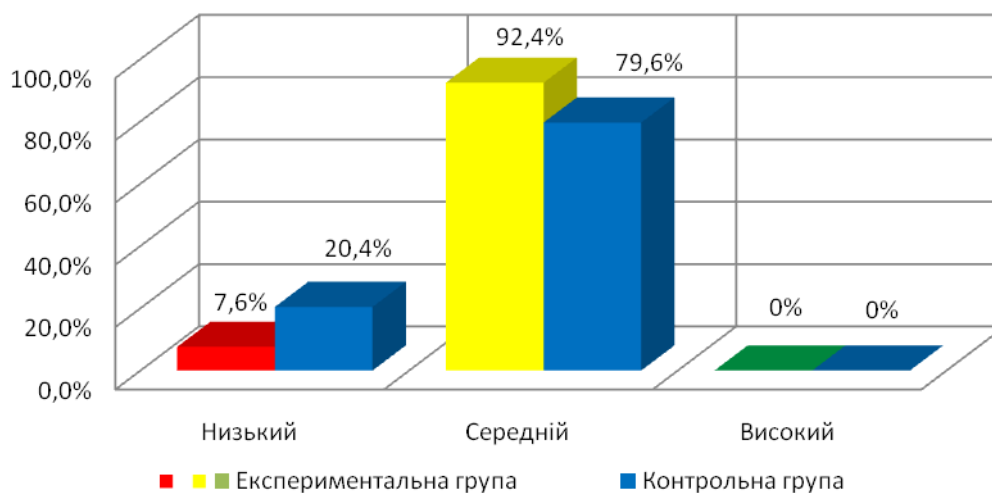


Рис. 2.1. Показник рівня життєвої компетентності.

Діагностика рівня оволодіння навичками навчальної діяльності (додаток Д) у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту низький рівень мали 46,2 % дітей, середній рівень – 53,8 % і високий рівень – 0 %.

Діагностика рівня оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту низький рівень мали 46,8 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, середній рівень – 53,2 % і високий рівень – 0 % (рис. 2.2).

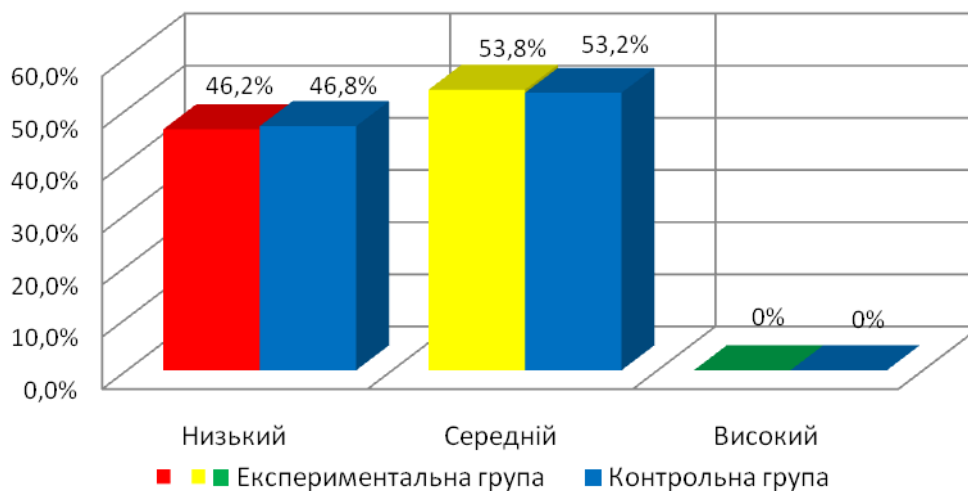


Рис. 2.2. Показник рівня оволодіння навичками навчальної діяльності на початку експерименту.

Діагностика вміння долати труднощі (додаток Е) у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні оволодіння вмінням долати труднощі знаходилось 53,8 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 46,2 % і на високому рівні – 0 %.

Діагностика вміння долати труднощі у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні оволодіння вмінням долати труднощі знаходилось 49,3 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 50,7 % і на високому рівні – 0 % (рис.2.3). Діагностика вміння долати труднощі у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні оволодіння вмінням долати труднощі знаходилось 49,3 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 50,7 % і на високому рівні – 0 % (рис. 2.3).

Діагностика самостійності (додаток Ж) у дітей експериментальної групи вказує на те, що на початку експерименту низький рівень розвитку самостійності мали 38,0 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, середній рівень – 62,0 % і високий рівень розвитку самостійності – 0 % .

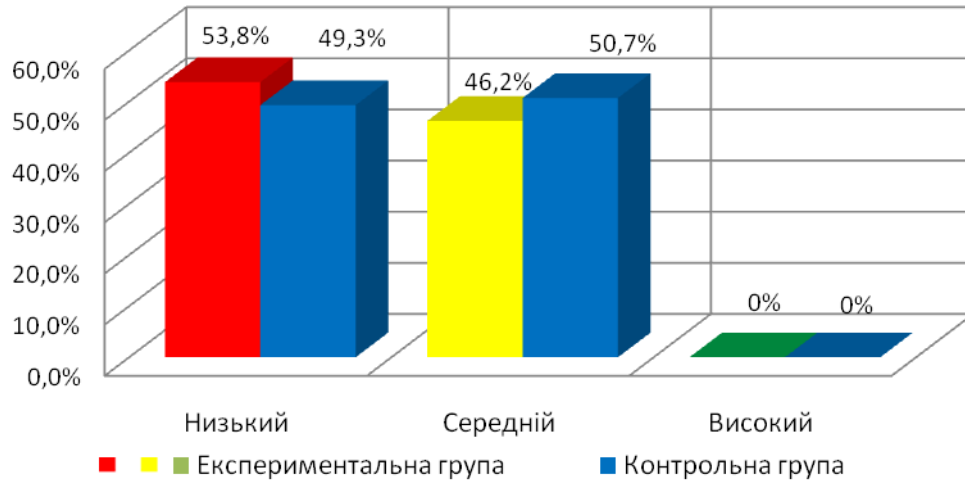


Рис. 2.3. Показник рівня вміння долати труднощі.

Діагностика самостійності у дітей контрольної групи вказує на те, що на початку експерименту на низькому рівні знаходилось 30,5 % дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, на середньому рівні – 69,5 % і на високому рівні – 0 % (рис. 2.4).

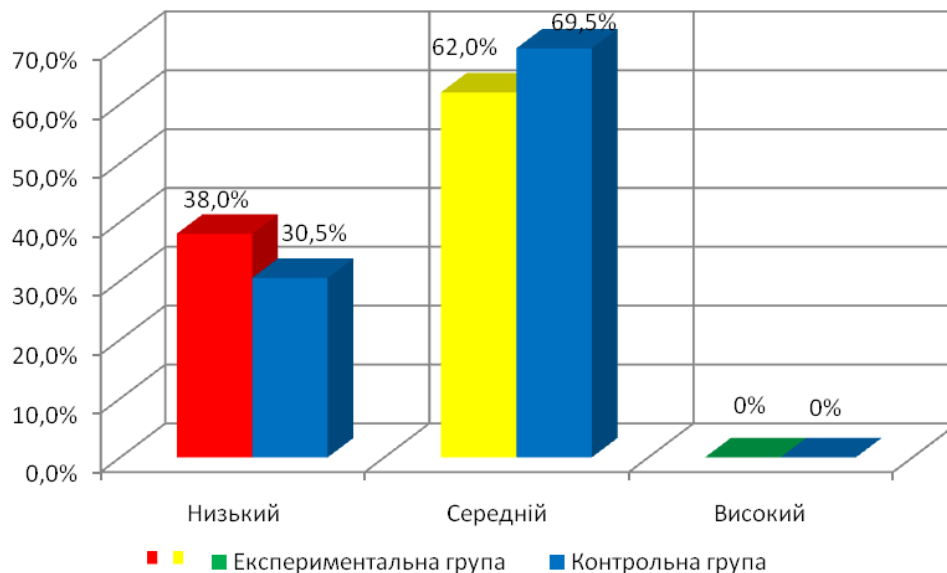


Рис. 2.4. Показник рівня самостійності.

Розглянуті показники готовності до навчання дитини з порушенням опорно-рухового апарату на початку експерименту вказують на домінуючу кількість показників низького та середнього рівнів готовності до

навчальної діяльності. Причому, високого рівня розвитку показника готовності на початку експерименту не мала жодна дитина з порушеннями ОРА.

Крім того, під час експерименту було виявлено труднощі та перешкоди, з якими діти стикаються під час оволодіння навчальною діяльністю. У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату можуть виникати розлади в розвитку мозку, порушення зорового, звукового, кінестетичного сприйняття, затримки формування зорово-слухових й інших зв'язків. Порушення пропріоцептивної аферентації, зору, слуху призводять до сенсорної депривації, що робить істотний негативний вплив на розвиток мозку дитини, отже, і на розвиток його психічних функцій. Мовленнєві, рухові, сенсорні порушення призводять до зниження контакту дитини з однолітками, з батьками і дорослими людьми, у зв'язку з чим дитина піддається емоційній і соціальній деградації.

Ефективність результатів експериментальної роботи ми встановлювали також за наступними показниками:

- відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого;
- відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого;

Крім того, використовувалися ще й додаткові показники:

- відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: а) повністю видужали; б) виявили значне покращення психофізичного стану; в) виявили покращення психофізичного стану; г) виявили незначне покращення психофізичного стану; д) залишились без змін психофізичного стану; ж) виявили погіршення психофізичного стану;
- відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: а) повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина; б) засвоїли базові

життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень; в) в основному засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; г) засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена; д) не вдалося засвоїти базові життєві компетентності, тому залишилися соціально неадаптованими.

Діагностика готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі вказує на те, що існує наявна необхідність організації комплексного, особистісно орієнтованого підходів щодо надання корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному закладі, розробки та впровадження індивідуальних і комплексної програми підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу.

2.2. Визначення педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу

Дитина з обмеженнями психофізичного розвитку являє собою особливе явище, вона має певні особливості і тому вимагає індивідуального педагогічного підходу. Кожна дитина, незважаючи на стан її здоров'я, це неповторний та унікальний світ, в якому існують свої позитиви і негативи. Особливо відчутна ця різниця в дітей з порушеннями ОРА, тому що негативні вияви у їх житті значною мірою перевищують позитивні. Під час визначення напряму корекційної роботи педагога та батьки повинні враховувати характер та індивідуальний стан дитини.

Такий підхід зумовлює необхідність визначення перспективної програми формування рухових навичок на основі індивідуально-особистісного підходу, впровадження в життя як близьких, так і віддалених цілей навчання та виховання дитини, закріплення в неї індивідуального життєвого досвіду в сім'ї, суспільстві.

Інтеграція - це специфічний вид людської діяльності. Як активна істота людина, обертаючи зовнішній світ на предмет своєї діяльності, змінюється і сама, активно перетворює саму себе. Специфічний вид активності особи, коли об'єктом її діяльності є сутнісні сили, ми й називаємо інтеграцією особистості. Сутнісні сили характеризують зміст процесу, формою якого є інтеграція особистості. Можна сказати, що сутнісні сили – це потенціал інтеграції, а інтеграція – дійсний процес реалізації сутнісних сил. При реалізації сутнісних сил відбувається процес діалектичної взаємодії суб'єктивного і об'єктивного, людини в суспільство, людини і речовинного середовища. Знаходячись під впливом внутрішньої потреби здійснити, реалізувати себе, людина діє, винаходить, творить і тим самим, долаючи себе як „суб'єктивність”, формує свій внутрішній світ. Здійснення сутнісних сил є реалізація об'єктивних цінностей, а не тільки здійснення якихось суб'єктивних спонук.

Процес інтеграції особистості можна представити у вигляді зв'язаних між собою етапів: самопізнання, самовдосконалення і самодіяльності. Вирішальну роль виконує самовдосконалення особистості - активна діяльність суб'єкта, направлена на вдосконалення і вироблення нових якостей характеру, інтелекту, волі, фізичних якостей, морального способу життя, звичок поведінки відповідно до певного соціально обумовленого ідеалу. Це свідоме оволодіння тими знаннями і навичками культури, які дозволяють людині активніше розвернути свій творчий потенціал, розвинути і реалізувати свої сутнісні сили. Процес самовдосконалення полягає також у здатності особи самостійно регулювати свою поведінку, проявляти активні зусилля, необхідні для

успішної інтеграції. Регуляція поведінки відбувається на основі самооцінки особистістю своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей [46].

Інтеграція припускає самопізнання як процес віддзеркалення в свідомості особи її особливостей. Особа прагне, по-перше, мати знання про умови свого існування і діяльності, про суспільні цінності, ідеали, норми і форми відносин, до яких вона причетна. Вона визначає їх значущість для себе, визначає своє місце в системі соціальних відносин, прагне усвідомити власні внутрішні можливості, дати собі звіт в своїх здібностях, морально-етичних якостях, творчих потенціях. На підставі самопізнання особа свідомо вибирає той або інший вид діяльності і визначає межі його здійснення.

Критерієм самопізнання є реальна практична діяльність, а в рамках інтеграції – самоінтеграція людини, тобто соціальна дія, джерелом якої є усвідомлена внутрішня потреба людини. Джерелом інтеграції є потреби людини, які лежать в основі мотивації будь-якої людської діяльності. Сутнісні сили виступають для особи в якості предмета її потреб. Причому, чим вищий рівень освоєння людиною з обмеженими можливостями здоров'я сутнісних сил, чим багатший її інтелектуальний і чуттєвий світ, тим сильніша її потреба в інтеграції в суспільство.

Потреба в інтеграції – потреба особливого роду: вона не є вищою над особою, не затуляє і не пригнічує її бажань і прагнень. Вона завжди є позитивною потребою і сприяє реалізації цілей і завдань людської життєдіяльності. Закон піднесення потреб обумовлює невичерпність можливостей такого роду діяльності. Значущість потреби в інтеграції людини обумовлюється як об'єктивними, так і суб'єктивними чинниками. З потребою в інтеграції зв'язано усвідомлення наявних суперечностей між „попитом” суспільства на ті або інші сутнісні сили і тими реальними сутнісними силами, які властиві цим людям. У самій потребі в інтеграції знаходить віддзеркалення вимога суспільства до особи, до її формування.



Закономірно виникає питання про напрями, в яких особистість може інтегруватися. Інтеграція здійснюється в будь-якому напрямі за певних умов, життєдіяльність людей з фізичними обмеженнями здоров'я, їх досвід дозволяють виділити інтегровані напрями, до яких ми відносимо:

- неперервну освіту та самоосвіту;
- професійне самовдосконалення;
- художньо-естетичне зростання;
- розширення функціональних можливостей, збагачення і набуття різноманітного досвіду практичної діяльності;
- постійний пошук зовнішніх і внутрішніх засобів реалізації власних програм через обмежену функціональність;
- укріплення здоров'я, фізичне вдосконалення;
- етико-естетичний розвиток (поглиблення філософсько-психологічних, етико-естетичних знань, прийняття високих ідеалів і цінностей).

Людині властива потреба не тільки бути на рівні вимог оточуючих, але й на рівні власних вимог, власної оцінки результатів своєї діяльності, усвідомлення своїх можливостей. Самооцінка людини пов'язана із ступенем складності завдань, які вона ставить перед собою, а тому може бути правильною або неправильною. У разі розбіжності між претензіями особистості та її реальними можливостями можуть виникати емоційні зриви, несприятливі як для існування людини взагалі, так і для її інтеграції.

Визначивши загальний рівень стану дитини та рівень її адаптованості до умов загальноосвітнього середовища (додаток Г, Д, Е, Ж) та спираючись на аналіз сучасного стану справ щодо комплексної реабілітації дітей з порушеннями ОРА в Україні, вивчення практичного досвіду діяльності Центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів, класів і шкіл інтегрованого типу, базового законодавства, яке регламентує відповідну діяльність цих установ, а також орієнтуючись на науково-теоретичний аналіз інновацій досвідчених вітчизняних та зарубіжних педагогів-науковців і практиків у

галузі соціального захисту, навчання та виховання дітей-інвалідів, нами були визначені педагогічні умови забезпечення ефективної підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу.

Розробляючи педагогічні умови ми повинні розуміти, що процес підготовки дітей з обмеженими психофізичними можливостями до навчання в школі – це не лише опіка, турбота про дітей з інвалідністю, але й сукупність заходів, які допомагають дитині стати впевненою у своїх силах, сприяють її власній активності.

Першу умову ми пов'язуємо із організацією діяльності дошкільних закладів інтегрованого типу на основі особистісно орієнтованого підходу щодо надання комплексної корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату та батькам таких дітей і членам їх сімей.

Другу умову – зі створенням ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, спрямованому на адаптацію, розвиток активності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у навчальній діяльності.

Третю умову – з розробкою та впровадженням в режим роботи дошкільних закладів програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, яка ґрунтується на основі психолого-педагогічного супроводу дітей та членів їх сімей з визначенням функцій дефектолога, педагога, вихователя, психолога, інструктора ЛФК.

Комплексна психофізична реабілітація дітей з вадами розвитку у спеціальній літературі розуміється, як „комплексна, багатоетапна система медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення вад дітей-інвалідів і дітей з обмеженнями психофізичного розвитку, їх інтеграцію у соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці” [199, с. 325].

За статистикою в Україні дуже мала кількість дітей з психофізичними вадами розвитку відвідує дитячі садки або дошкільні дитячі установи. А це означає, що ці діти, приходячи до спеціалізованих та загальноосвітніх навчальних закладів, мають низький рівень як навчальної так і життєвої готовності. Проте саме у дошкільному віці формуються навички навчальної діяльності, рухової діяльності, соціально схвалені моделі поведінки (співпереживання, співчуття, бажання пізнавати людей, робити добрі вчинки, особливості спілкування з однолітками, взаємодія дитини з близькими дорослими), які пов'язані зі входженням дитини у нове шкільне середовище, з новим типом стосунків з однолітками та дорослими [36].

XXI століття формує особисте ставлення до освіти та умов навчання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку. Такий напрям має своє впровадження завдяки спеціальним умовам навчання переважно в загальноосвітній школі за місцем проживання. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату, які внаслідок своїх особистих відхилень перебувають у спеціальних лікувальних закладах або вдома, знаходяться у соціальній ізоляції. Таке виховання та навчання дітей з вадами розвитку в замкненому спеціалізованому просторі призводить до соціальної некомпетентності дитини в подальшій життєдіяльності.

У державі вже декілька років ведеться цілеспрямована робота щодо розробки та впровадження нових, більш ефективних методів допомоги дітям з обмеженнями психофізичного розвитку відносно до їх навчання та адаптації у суспільстві. Інклюзивна освіта передбачає, що всі діти мають бути із самого початку включені до освітнього і соціального життя школи за місцем проживання. Мета – надати всім учням спеціальної педагогічної допомоги, можливість найбільш повноцінного життя, найбільш активної участі в колективі, місцевому співтоваристві, тим самим забезпечити якнайповнішу взаємодію, допомогу один одному як членам співтовариства.

Інклюзивне навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітньому просторі можливе, якщо ці діти за рівнем психофізичного і мовного розвитку відповідають віковим нормам і психологічно готові до спільного навчання зі здоровими однолітками. При чому, діти з порушеннями опорно-рухового апарату до вступу в загальноосвітню школу, повинні отримати попередню комплексну, особистісно орієнтовану, спеціальну педагогічну допомогу з питань оволодіння такими важливими якостями, як життєва компетентність, навички навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності.

У центрі уваги комплексної особистісно орієнтованої допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату знаходиться взаємозв'язок між дитиною та навколишнім середовищем. Основою моделі підготовки дітей з обмеженнями психофізичного розвитку до інтеграції в загальноосвітній простір повинен стати взаємозв'язок між дитиною з психофізичними вадами розвитку та соціумом.

Згідно із замовленням Відділу освіти виконкому Ровеньківської міської ради Луганської області, нами разом з колективом науково-дослідної лабораторії діагностики та корекції психофізичного стану дітей і дорослих ЛНУ імені Тараса Шевченка під керівництвом кандидата педагогічних наук, доцента О. Глоби було розроблено проект для участі у Всеукраїнському конкурсі проектів та програм розвитку місцевого самоврядування „Програма розвитку системи освіти в умовах інтеграції дітей з вадами психофізичного розвитку в масову загальноосвітню школу”.

Концептуальною основою проекту стали: 1) теоретичні розробки науковців Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова (директор – академік В. М. Синьов), Інституту спеціальної педагогіки АПН України (директор – академік В. І. Бондар), Інституту корекційної педагогіки РАО (м. Москва, директор – академік М. М. Малофєєв); 2) моделі педагогічного інтегрованого навчання і виховання аномальних дітей в Україні та інших

держав; 3) експериментальні здобутки кафедри дефектології та психокорекції Луганського національного університету імені Тараса Шевченка щодо впровадження моделі часткового інтегрованого навчання на базі дитячого комплексу № 135 і загальноосвітньої школи № 45 м. Луганська.

За проектом передбачалася реалізація наступних заходів:

1. Створити банк даних про дітей-інвалідів і дітей зі зниженим зором, слухом, з туберкульозною інтоксикацією, захворюваннями верхніх дихальних шляхів, з порушеннями мовлення, з наслідками поліомієліту та ДЦП, що потребують спеціально організованого навчання і виховання.

2. Затвердити перелік дошкільних закладів і шкіл міста, на базах яких є можливість створити спеціалізовані групи і класи для навчання і виховання дітей перелічених нозологій.

3. Провести реконструкцію закладів освіти, що увійшли до складу проекту.

4. Придбати необхідне медичне, діагностичне, навчальне обладнання.

5. Вирішити питання доставки дітей до місць навчання і виховання (програма „Шкільний автобус”).

6. Забезпечити науково-педагогічний супровід процесу навчання і виховання дітей в інтегрованих освітніх закладах, наявність програмно-методичного матеріалу, обов’язкову участь батьків в реабілітаційних заходах.

7. Створити умови щодо забезпечення підготовки і працевлаштування кваліфікованих спеціалістів для роботи в інтегрованих закладах.

Наукові положення про ранню реабілітацію дітей з обмеженнями психофізичного розвитку, принципи і підходи до її організації в сучасних умовах, а також аналіз стану вивченості проблеми підготовки дітей з психофізичними вадами розвитку до навчання в загальноосвітній школі дозволили розробити регіональну модель інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітній простір (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Регіональна модель інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітній простір.

Модель передбачає нормативно-правове забезпечення, комплексний програмний і медико-психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями ОРА та членів їх сімей, соціально-педагогічну підтримку, створення педагогічних умов їх комплексної реабілітації та адаптації.

Другою педагогічною умовою ефективної підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання у загальноосвітній школі інтегрованого типу за нашим визначенням стало створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, спрямованому на адаптацію, розвиток активності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у навчальній діяльності.

Дошкільний вік характеризується передусім інтенсивним розвитком дитини. Створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі передбачає:

- адаптацію дитини в дитячому садку інтегрованого типу;
- організацію комплексної корекційно-реабілітаційної допомоги дитині з порушеннями ОРА;
- творчу реабілітацію;
- сімейний супровід;
- організацію відпочинку й дозвілля засобами адаптивної фізкультури і спорту.

Під час організованої гри дітьми легко та швидко засвоюються соціальні взаємодії, адже цей вид діяльності стимулює психологічне дозрівання дитини, що особливо важливо для корекції вад в розвитку та адаптації дітей в загальноосвітньому середовищі. Оживляючи в ігровій діяльності природу, побутові речі, дитина з психофізичними вадами розвитку розширює свої навчальні навички, свої творчі можливості. В ігровій діяльності у дитини починає формуватися самовільна увага та пам'ять.

У грі діти зосереджуються краще та запам'ятовують більше. Умови ігрової діяльності потребують від дитини концентрації уваги на

предметах, включення в ігрову ситуацію. Потреба у спілкуванні та ігрова діяльність, як метод, задовольняють емоційно-комунікативні потреби такої дитини. У той же час досвід ігрових та особливо реальних взаємостосунків дітей в сюжетно-рольовій грі стає основою особливих ознак мислення, дозволяє стати на місце інших людей, передбачити їхню майбутню поведінку та на основі цього будувати свою особисту поведінку.

Набуваючи досвіду спілкування з однолітками в атмосфері гри, дитина з порушенням опорно-рухового апарату готується до активного спілкування в колі однолітків, звільняється від емоційної напруженості, скутості, сором'язливості, долає власні внутрішні перешкоди спілкування в реальному житті.

Для адаптації у дитячому загальноосвітньому середовищі дітям з порушеннями опорно-рухового апарату пропонуються сюжетно-ролеві ігри та вправи на розвиток комунікативної, емоційно-вольової сфери, дрібної моторики рук і головних навиків рухової діяльності дитини. Ігри для розвитку корекційно-психологічної готовності до школи (додаток М), які необхідні їм в подальшій навчальній діяльності. Тільки в колективній діяльності дитини формуються витримка, самовладання, правильне реагування на невдачу.

Ігрова діяльність дитини, як правило, супроводжується віршованим текстом. Діти повторюють рухи і слова за педагогом, тим самим активізується їх мова. Крім того, запропоновані в режимі дошкільних закладів рухливі і спортивні ігри розвивають основні навички руху, функціональні можливості кистей і пальців рук, покращують не лише загальну моторику дитини з порушенням опорно-рухового апарату, але і сприяють розвитку психіки і мови. У свою чергу формування руху кисті тісно пов'язане з дозріванням рухового аналізатора, розвитком зорового сприйняття, різних видів чутливості, гнозису, праксису, просторової орієнтації, координації рухів.



Кожне ігрове завдання, запропоноване дитині з порушеннями опорно-рухового апарату, включає в діяльність фантазію, відчуття, емоції і рухові навички, що привчає дитину з довільно діяти. Будь-який фізичний рух в ігровій діяльності дитини виражає образ фантазії, насичений емоційним змістом, тим самим об'єднує діяльність психічних функцій: мислення, емоцій, рухів, активізує рухові функції і мову, а за допомогою коментарів педагога підключається ще і внутрішня увага дітей до цих процесів. Ігрове освітньо-виховне середовище відображає процес оволодіння навичками контролю рухової й емоційної сфери, що грає головну роль в адаптації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату при підготовці їх до навчання в загальноосвітній школі.

Для корекції вад розвитку застосовуються танцювальні рухи, хороводи або постанови для релаксації на теми: „Осінь казка”; „Відпочинок біля каміну”; „Відпочинок біля озера”; „Морська подорож”; „Зірки на небі”; „На березі моря” й ін. – з метою зняття м'язової і психоемоційної напруги і навчання прийомам релаксації. Увесь цикл таких занять стимулює активність дітей з порушенням опорно-рухового апарату, всестороннє діє на психофізичний і емоційний стан дитини, що створює позитивний ефект при адаптації дитини в колі однолітків.

У процесі ігрової діяльності та практичних дій із реальними предметами і сприймання їх властивостей відбувається наочно-дійове мислення; на основі уявних образів та їх ознак виникає наочно-образне мислення. Далі стає можливим перехід до світу абстрактних понять, закріплених у слові, до вищої форми мислення – словесно-логічного або понятійного. Дитина вже мислить, спираючись на уявлення. Дитина дістає змогу мислити не діючи з предметами. Усе це збагачує можливості пізнавальної діяльності дитини і дозволяє більш якісно підготувати її до навчання в загальноосвітній школі.

Процес самостійного перебування дітей з порушеннями ОРА в загальноосвітньому закладі інтегрованого типу передбачав створення та

реалізацію регіональної програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі. Тому третю педагогічну умову ми пов'язуємо з розробкою та впровадженням в режим роботи дошкільних закладів програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, яка ґрунтується на основі психолого-педагогічного супроводу дітей та членів їх сімей з визначенням функцій дефектолога, педагога, вихователя, психолога, інструктора ЛФК.

Створення програми підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі дало можливість більш ефективно сприяти формуванню основних компонентів розвитку дитини (життєва компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійність).

Розроблена програма складається з дев'яти розділів: психологічна характеристика дитини; сенсорне виховання; виховання здорової дитини; ігрова діяльність; дитина та навколишній світ; образотворче мистецтво та конструювання; трудове навчання; у світі музики; разом з сім'єю. Представлені розділи програми розроблені та пристосовані до дітей дошкільного віку, які мають порушення опорно-рухового апарату і потребують обов'язкового варіативного й індивідуального ставлення педагогів та вихователів.

Необхідні для повноцінного виховання дитини розділи програми дошкільної підготовки (мовленнєве спілкування, спілкування другою мовою, художня література, вчимося читати, навчання іноземної мови, цікава математика) не потребують адаптації відносно дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, оскільки діти з таким захворюванням, за умови відсутності відхилень розумового розвитку, можуть якісно й повноцінно засвоїти розділи програми, за якою працюють усі дошкільні заклади України [130].

У першому розділі програми „Психологічна характеристика дитини” велика увага приділяється не лише розвиткові пізнавальних процесів, а й формуванню вміння дитини спілкуватися з однолітками й дорослими. Глибоке знання загальних закономірностей психічного розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, чинників, що сприяють формуванню її особистості на різних вікових етапах, дає змогу вихователеві дошкільного закладу оптимально якісно будувати процес навчання та виховання дитини, досягти в кінці дошкільного віку керованості її психічних процесів, дій та рухів [40, с.11].

Другий розділ програми „Сенсорне виховання дітей дошкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату” відіграє важливу роль для становлення пізнавальної діяльності дитини, розвитку зорового, слухового, тактильного й кінестатичного сприйняття (сприйняття рухів). Сенсорний розвиток дитини з порушенням опорно-рухового апарату здійснюється, як у повсякденному житті, так і на заняттях в дитячому дошкільному закладі.

У процесі сенсорного виховання вихователь дошкільного закладу формує всі види почуттів дітей: естетичні (які гарні квіти, яке небо; яка гарна сукня; яка картина); моральні (рослини слід берегти, книжку не можна рвати, машину не можна ламати і т. д.); пізнавальні (подив, інтерес, допитливість, радість). Повноцінне сенсорне виховання дітей з психофізичними вадами розвитку, головним чином, впливає на формування вищих психічних функцій, що є необхідною передумовою для майбутнього навчання в загальноосвітній школі [40, с.14].

Третій розділ програми „Виховуємо здорову дитину” [40, с.17] розроблено з урахуванням основних принципів концепції дошкільного виховання з метою всебічного та гармонійного розвитку дитини з порушеннями ОРА: створення в дошкільному закладі оптимального режиму рухової активності, удосконалення рухових дій засобами адаптивної фізичної культури у процесі активної діяльності дитини. Основу заходів складає оптимальне чередування різних видів діяльності й відпочинку

дитини (заняття, прогулянки, сон, фізичні вправи і т. д.), а також різні форми роботи в режимі дня: ранкова гігієнічна гімнастика, проведення загартування та водних процедур, розвиток навичок особистої гігієни, прогулянки на свіжому повітрі, виконання щоденних занять з фізичної культури (вправи в основних рухах, загальнорозвиваючі вправи, рухливі ігри та ігрові вправи, спортивні ігри, вправи спортивного характеру, лікувальні вправи та вправи для запобігання порушення постави), а також фізкультурні паузи, розваги, свята, дні здоров'я, піші переходи, самостійна рухова діяльність [40, с.24].

Однією з форм роботи з дітьми дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату є організація ігрової діяльності на уроках і в позаурочний час, що дає можливість цим дітям розвивати творчість і уяву. Цьому питанню присвячений п'ятий розділ програми „Роль ігрової діяльності” [40, с.45].

Практичною реалізацією принципів демократизації й гуманізації виховного процесу в дитячому садку є народознавчі, людинознавчі підходи. Серцевиною змісту шостого розділу програми „Дитина і навколишній світ” є людинознавчий матеріал. Ознайомлення з навколишнім світом спрямовано на усвідомлення дитиною себе й свого найближчого оточення. Ознайомлення з природою – одна зі складових частин цього процесу, припускає вирішення ряду освітньо-виховних завдань, обумовлених програмою. Спостереження за тваринами, екскурсії в парк, у ліс, до водоймів, робота на ділянці, догляд за мешканцями куточка природи в групі (годування птахів, збір насіння й листя), виготовлення іграшок із природного матеріалу, дидактичні ігри становлять далеко не повний перелік заходів, здійснюваних вихователями в дитячих дошкільних установах при роботі за даним навчальним розділом з дітьми, що мають відхилення опорно-рухового апарату [40, с.60].

Сьомий розділ програми „Образотворче мистецтво”. Навчання образотворчому мистецтву розвиває відчуття форми предметів (їх

подібність і відмінність, характерні ознаки), кольору, ритму, композиції. Чим більше обсяг знань і почуттєвого досвіду набуде дитина з фізичними вадами розвитку в процесі виховання й навчання, тим краще буде формуватися сенсорний, логічний, абстрактний розвиток їх мислення [40, с.64].

Заняття із образотворчого мистецтва спрямовані на: удосконалення тонкої моторики рук і зорово-рухової координації; виховання емоційного ставлення до процесу зображення і його результатів, робота над виразністю малюнка, ліплення; розвиток сприйняття й уявлень про предмети і явища навколишньої дійсності і їхня систематизація; розвиток регулюючої й плануючої функцій мови, насичення словника дітей образною виразною лексикою. На цих заняттях вони привчаються цілеспрямовано діяти, планувати, обмірковувати послідовність дій, доводити розпочату справу до кінця оволодівають зображувальними вміннями та навичками.

Навчання конструюванню сприяє розвитку рухових функцій дрібної моторики рук, розумовому розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, розвитку здатності до точного розчленовування цілого на окремі елементи, формує окомір у дитини й позитивно позначається на довільній регуляції процесів уваги й пам'яті [40, с.72].

На заняттях з конструювання діти виконують завдання за зразком, за умовою, на запропоновану тему, за власним задумом. Вони виконують і колективні роботи на запропоновану тематику і за задумом. Для виконання таких завдань вихователі можуть використовувати нетрадиційні форми навчання, неординарні заняття: комплексні, комбіновані, колективні. Такі заняття можуть об'єднувати не лише різні види діяльності з конструювання, а й ігрову, музичну, трудову діяльність, ознайомлення з навколишнім світом, розвиток мови, навчання елементарних математичних уявлень.

Проблема трудового навчання (9 розділ програми) й виховання дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату є

надзвичайно важливою. Саме в дошкільному віці необхідно починати формування трудових навичок і вмінь у дітей. Організація трудової діяльності в дошкільників специфічна. Вона спрямована не стільки на одержання кінцевого результату, скільки на здійснення самого процесу. У дошкільному віці ця діяльність важлива як засіб різнобічного розвитку дитини: збагачуються знання й уявлення дитини про властивості та якості предметів, установлюються причинно-наслідкові зв'язки й взаємини, тобто в межах даного виду діяльності розвиваються всі пізнавальні психічні процеси [40, с.80].

Трудова діяльність розглядається як джерело розвитку особистості: вона формує волюві якості, мотиваційно-споживчу сферу особистості, такі риси характеру, як працьовитість, наполегливість, акуратність й ін. Праця є потужним джерелом морального розвитку. Трудова діяльність звичайно має колективний характер, і в її процесі розвиваються комунікативні навички дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, уміння взаємодіяти, виробляти колективне рішення, розподіляти обов'язки, спільно планувати діяльність.

У трудовій діяльності дошкільників виділяють такі напрями: самообслуговування, господарсько-побутова праця, праця за межами приміщення, ручна праця. У зв'язку з руховою патологією, наявною в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, особливої актуальності у дошкільному віці набуває освоєння навичок самообслуговування (вдягання, роздягання, застібання гудзиків, зашнуровування черевиків). У процесі маніпулятивної діяльності розвиваються цілеспрямовані практичні дії (праксис), тому, коли батьки, жаліючи дитину, намагаються все зробити за неї (гіперопіка), позбавляючи її можливості опанувати практичний досвід, відзначається затримка у формуванні – так звана вторинна апраксія. Явища апраксії негативно впливають на становлення не тільки навичок самообслуговування, але й на розвиток різних видів діяльності. У дитини не формується потреба в діяльності, у мовному спілкуванні, не

розвивається здатність до вольового зусилля, мотиваційна сфера, складається неадекватна самооцінка.

Десятий розділ програми „У світі музики” має свою актуальність за рахунок того, що музика стимулює й коригує спонтанний розвиток дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, викликає почуття задоволення й радості, підвищує активність усіх фізичних і психічних процесів. *Музикотерапія* – психотерапевтичний метод, що використовує музику як засіб лікування, навчання, виховання, регуляції психічного й емоційного стану дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Важливим завданням музичного виховання для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату є розвиток і формування основних музичних здібностей – вразливості, уваги й пам’яті, рухових здатностей, творчих задатків і художніх інтересів. Основною метою є інтеграція дитини з порушеннями опорно-рухового апарату в соціальні групи, тому що в музичній співтворчості добре відпрацьовуються різні комунікативні навички, усувається підвищена сором’язливість, крім того, формується витримка й самоконтроль, розвиваються рухові навички, що особливо актуально для дітей з фізичними вадами розвитку [40, с.89].

Розділ „Разом з сім’єю” підкреслює не лише єдність завдань і принципів сімейного й суспільного виховання, а й необхідність поєднання зусиль педагогічного колективу дитячого садка й сім’ї. Мета розділу – допомогти вихователям та батькам створити ефективні умови для реалізації заходів безперервної корекційно-реабілітаційної роботи під час перебування дитини з порушеннями ОРА у дошкільному закладі та вдома [40, с.100].

Щоб створити в родині сприятливі умови для виховання дітей з обмеженнями психофізичного розвитку, батькам необхідно, насамперед, оволодіти певним обсягом психолого-педагогічних знань, практичними навичками й уміннями корекційно-реабілітаційної діяльності. Найдієвішою формою роботи з батьками є залучення їх до

безпосередньої роботи з дітьми в дитячому садку. Ця участь може бути досить різноманітною: ігри і заняття, в основному, з власною дитиною під час її адаптації до умов суспільного виховання, виконання окремих прохань вихователя щодо виготовлення разом із дітьми поробок для ігор, своєрідне шефство у разі потреби над окремою дитиною, проведення екскурсій і спостережень, оформлення з ними виставок, підготовка різного роду спектаклів і концертів, керівництво гуртками дитячої і батьківської творчості, допомога окремим сім'ям і багато іншого. Такі форми роботи створюють найсприятливіші умови і збагачують практику сімейного виховання, роблять її більш керованою, педагогічно цілеспрямованою.

Працюючи за програмою підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, батьки та педагогічний колектив дитячого дошкільного закладу отримали можливість планувати та керувати педагогічним процесом, своєчасно коректувати засоби і форми процесу навчання і виховання таких дітей з урахуванням особливостей їх захворювання.

Як у сімейному вихованні, так й у процесі виховання в дитячому садку, метою є не вчити дитину, не давати їй готові завдання, а насамперед розбудити в дитині її духовні сили, допитливість, виховувати її почуття, щоб очі дитини вмiли бачити, вуха прислухалися до всього, ручки вмiли користуватися й олівцями, і ножицями, і глиною, і папером. Дітей з порушеннями опорно-рухового апарату не можна ні до чого примушувати, вихователь повинен розуміти дитину, відчувати її щиросердечний стан. У дитячому садку замість атмосфери шкільної дисципліни повинен бути присутнім дух розкутості, радості, веселощів.

Зміст та структура програми не обмежує творчості вихователів. Розподіл програмних вимог не пов'язаний із формами організації навчання. Вибір останніх – за вихователем, який реалізує завдання розділів у дидактичних іграх, індивідуальному спілкуванні з дитиною чи під час організованих занять, виходячи з індивідуальних особливостей своїх вихованців.



Метою розробленої програми підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі є спрямування на створення в родині й дошкільній установі умов для розвитку активної, життєрадісної, творчої особистості, вихованої, увічливої дитини; такої, що любить і поважає батьків, близьких, свій край, рідну мову, яка з дитинства знає традиції й звичаї свого народу.

## Висновки до розділу 2

Потреба вихователя дитячого дошкільного закладу в знаннях індивідуальних особливостей дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, психолого-педагогічних закономірностей розвитку такої дитини дозволила точніше визначити завдання та цілі виховної роботи, передбачити її результати, врахувати особливості індивідуального розвитку дитини при підготовці її до навчання в загальноосвітній школі за пропонованою програмою.

Проведена дослідна робота дозволила, по-перше, обґрунтувати педагогічні умови та програму підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі.

По-друге, розробити індивідуальні програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, які передбачають організацію спільної праці багатопрофільного колективу спеціалістів: педагогічних працівників дошкільних закладів, фахівців державних служб, науковців та волонтерів-студентів, медиків, психологів, реабілітологів.

По-третє, визначити місце і роль кожного з учасників корекційно-реабілітаційної діяльності, передбаченої програмою підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу,

які, на нашу думку, полягають в: підборі корекційно-побутових, розвивальних та навчальних ігор для розвитку життєвої компетентності дітей з порушеннями ОРА, оволодіння ними навичками навчальної діяльності, вмінням долати труднощі, самостійно виконувати завдання; сприянні творчого розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, організації змістовного дозвілля, відпочинку та оздоровлення; формуванні активності й самостійності дітей; організації консультування батьків дітей з порушеннями опорно-рухового апарату з метою активної участі останніх у корекційно-реабілітаційній роботі; налагодженні безперервного зв'язку із соціальними службами та громадськими організаціями, які за своїм статутом займаються справами інвалідів та осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Діагностика стану готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі вказує на те, що існує наявна необхідність організації комплексного, особистісно орієнтованого підходів щодо надання корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному закладі, розробки та впровадження індивідуальних і комплексної програми підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу.

### РОЗДІЛ 3

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ДО НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ ІНТЕГРОВАНОГО ТИПУ

3.1. Впровадження педагогічних умов процесу підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі

Практична реалізація програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі була здійснена відповідно замовлень відділу освіти виконкому Ровеньківської міської ради Луганської області та управління освіти Краматорської міської ради Донецької області. Експериментальну діяльність було розпочато в спеціалізованій групі № 3 дитячого садка „Лучистий” (м. Ровеньки) та спеціалізованих групах дитячого садка № 49, 53 (м. Краматорськ), де поруч зі здоровими дошкільниками підготовку до школи проводили з дітьми, які мали порушення опорно-рухового апарату.

Педагогічна робота з дітьми, що мають порушення опорно-рухового апарату, здійснювалась нами на основі комплексного, особистісно орієнтованого підходу за участі багатопрофільної команди фахівців кафедри дефектології та психокорекції Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Державної соціальної служби для сім'ї, дітей і молоді (м.Ровеньки), Центру психолого-педагогічної реабілітації дітей і молоді з психофізичними вадами розвитку (м.Краматорськ), дефектологів, вихователів, психологів, медичних працівників, інструкторів ЛФК, реабілітологів, батьків та членів сімей дітей з порушеннями ОРА, волонтерів.

Такий підхід надав можливість розробити і впровадити комплексну програму корекційно-реабілітаційної роботи, оптимізувати навчально-виховний процес дошкільних закладів – учасників проекту, спрямувати його складові для підвищення рівня життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності дітей з порушеннями ОРА, задоволення потреб дитини у визнанні її досягнень, формуючи відчуття самодостатності і гордості за досягнуті результати.

Експериментальна робота тривала з 2005 по 2007 рік. З метою якісної реалізації комплексної програми підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу на кожному етапі дослідницької роботи перед учасниками проекту було поставлено конкретні завдання:

1. Створити банк даних про дітей-інвалідів і дітей, що потребують спеціально організованого навчання і виховання. Затвердити перелік дошкільних закладів і шкіл, на базах яких є можливість створити спеціалізовані групи і класи для навчання і виховання дітей з порушеннями ОРА.

2. Провести реконструкцію закладів освіти, що увійшли до складу проекту. Придбати необхідне медичне, діагностичне, навчальне обладнання. Вирішити питання доставки дітей до місць навчання і виховання (програма „Шкільний автобус”).

3. Забезпечити науково-педагогічний супровід процесу навчання і виховання дітей в інтегрованих освітніх закладах, наявність програмно-методичного матеріалу, обов’язкову участь батьків в реабілітаційних заходах.

4. Створити умови щодо забезпечення підготовки і працевлаштування кваліфікованих спеціалістів для роботи в інтегрованих закладах.

5. Експериментально перевірити ефективність впровадження педагогічних умов підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітньому закладі інтегрованого типу.

На першому етапі з метою організації дослідження готовності дітей до навчання в загальноосвітній школі нами було створено банк даних щодо дітей, які потребують спеціальної педагогічної допомоги в організації навчання в м. Ровеньках (Луганська обл.) та м. Краматорську (Донецька обл.).

У 22 навчальних закладах м. Ровеньки навчається 100 дітей з психофізичними вадами розвитку. Для цих дітей організовано навчання і виховання в таких навчальних закладах:

- ДНЗ „Лучистий” і ЗОШ № 6 – для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, наслідками поліомієліту та церебрального паралічу;
- ДНЗ „Аленька квіточка” і ЗОШ № 3 – для дітей зі зниженим зором;
- ДНЗ „Журавушка” і ЗОШ № 5 – для дітей із порушеннями мовлення;
- ДНЗ „Ладушки” і Ровеньківський НВК ім. М. Трублаїні – для дітей із туберкульозною інтоксикацією;
- ДНЗ „Антошка” і ЗОШ № 9 – для дітей із захворюваннями верхніх дихальних шляхів.

Крім того, у місті Ровеньки 40 дітей навчаються за індивідуальними програмами, 96 дітей з вадами розвитку навчально-виховною роботою на момент проведення дослідження не було охоплено.

У місті Краматорськ у 63 навчальних закладах 765 дітей з психофізичними вадами розвитку. Для цих дітей організовано навчання і виховання в таких навчальних закладах:

- ДНЗ № 49, 53, 60, 68, 71, 80, 82, 88, 91, 97 і ЗОШ № 6, 24, 25 – для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, наслідками поліомієліту та церебрального паралічу;
- ДНЗ № 47 і ЗОШ № 2 – для дітей зі зниженим зором;
- ДНЗ № 15, 34 і ЗОШ № 1 – для дітей з порушеннями мовлення;
- ЗОШ № 2 – для дітей із туберкульозною інтоксикацією;

Крім того, у місті Краматорську 134 дитини навчаються за індивідуальними програмами, 376 дітей з психофізичними вадами розвитку навчально-виховною роботою не було охоплено.

Було також проведено аналіз стану дитячих закладів міста Ровеньки та міста Краматорськ, які були б придатними для інклюзивного виховання та реалізації програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі. Було вирішено, після належної реконструкції навчальних закладів, організувати виконання проекту на базі дитячого садка № 3 „Лучистий” і ЗОШ № 6 (м. Ровеньки) і ДНЗ № 49, 53 ЗОШ № 24, 25 (м. Краматорськ). В експериментальній роботі взяли участь 100 дітей (50 дітей склали експериментальну групу, 50 дітей – контрольну групу) з порушення опорно-рухового апарату та більше ніж 100 батьків цих дітей.

Впровадження в практику дошкільних інтегрованих навчальних закладів педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання зумовило етапну реалізацію комплексної програми їх психолого-медико-педагогічної реабілітації.

В експериментальній роботі взяли участь 97 дітей з порушення опорно-рухового апарату (47 дітей склали експериментальну групу, 50 дітей – контрольну групу) та більше ніж 120 батьків цих дітей.

*Перший етап* був спрямований на вирішення таких завдань:

1) діагностика особистісного розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату в контексті її підготовки до навчання;

2) визначення найбільш суттєвих напрямів життєдіяльності дитини в загальноосвітньому закладі;

3) підбір корекційних, розвивальних та навчальних ігор для розвитку особливостей спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з порушеннями опорно-рухового апарату з близькими дорослими, мовленнєвого розвитку, особливостей реагування на свої недоліки;

4) створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, спрямованого на розвиток активності й самостійності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату при їх підготовці до навчання, а в подальшому і навчанні в загальноосвітньому закладі значним ускладнюючим фактором є непристосованість споруд і приміщень: під'їзд до дитячого садка або школи; спеціально обладнані пандуси; необхідне перебудування або реконструкція побутових приміщень загальноосвітніх дитячих закладів; придбання й установка спеціального обладнання для діагностики та корекції вад психофізичного розвитку.

Створення освітньо-виховного середовища неможливе без відповідного обладнання та спеціальних засобів реабілітації. Ця складова передбачала, перш за все, проведення необхідних ремонтних робіт та реконструкції закладів інтегрованої освіти, а також спеціального переоснащення цих закладів; придбання необхідного медичного, діагностичного, навчального обладнання; вирішення питання доставки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до місць навчання і виховання.

Наступний крок проведеної дослідницької роботи був спрямований на організацію та проведення медичного огляду дітей з порушеннями ОРА, діагностику їх особистісного розвитку в аспекті підготовки до навчання. Результатом нашого дослідження стало включення до експериментальної групи 50 дітей з вадами опорно-рухового апарату за наступними нозологіями: порушення постави – 19 осіб; сколіотичні порушення – 8 осіб; плоскостопість – 11 осіб; дитячий церебральний параліч – 12 осіб.

На другому етапі вирішувалися питання щодо впровадження програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі в режим діяльності дошкільних

інтегрованих закладів, організації медико-психолого-педагогічного супроводу учасників експериментальної роботи, підготовки та навчання батьків дітей експериментальної групи з метою їх безпосередньої участі в організації безперервної комплексної реабілітації дітей з порушеннями ОРА.

Нами було організовано бесіди та анкетування дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, та їх батьків з метою уточнення основних компонентів життєдіяльності дитини. Батькам пропонувалися запитання стосовно їхньої дитини, її поведінням у дитячому садку або вдома: захоплення дитини; її обов'язки вдома; сутність привабливості дитячого садка, школи для дитини; зміни в поведінці дитини з початку відвідування дитячого садка; поява нових звичок, захоплень; очікування та сподівання у батьків від навчання дитини в загальноосвітній школі (додаток А, додаток Б).

Отримана інформація щодо перебування і поведіння дитини з порушеннями ОРА у дитячому садку та вдома дала змогу розглянути особливості спілкування її з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленнєвого розвитку, реагування на свої недоліки, емоційного стану, міміки (додатки І, К); створити умови оптимального входження дитини з психофізичними вадами розвитку в середовище одноліток, врахувати побажання батьків.

Провідне місце в реабілітації, абілітації, соціальній адаптації й інтеграції осіб з порушеннями ОРА у суспільне життя як його активних учасників повинні займати фізичні вправи. Фізична реабілітація (додаток Р, С), в умовах дитячих дошкільних закладів інтегрованого типу покращує їх фізичний стан, сприяє ефективній корекції функціональної недостатності опорно – рухового апарату, забезпечує тренування серцево – судинної і легеневої систем, що призводить до кращої активності дитини у навчальній діяльності та адаптації у суспільстві.



Для вирішення корекційно – виховних і оздоровчих завдань, перед усім, необхідно збільшити рухову активність дітей з порушеннями ОРА, розширюючи зміст і форми усієї системи фізичного виховання. У цій роботі активну участь повинен брати увесь педагогічний і медичний колектив дошкільного закладу (додаток Л), батьки, фахівці фізичної реабілітації.

Рухова активність, що відповідає можливостям організму дітей, удосконалює їх фізичний статус, сприяє гармонійному розвитку рухових якостей, підвищує емоційний стан, створює необхідні передумови для виконання трудових завдань. Цілеспрямовані заняття фізичними вправами забезпечують корекцію рухових порушень і підвищують працездатність організму дитини.

Після ознайомлення з клінічною картиною захворювання, фізичним розвитком, фізичними можливостями ми розробили план занять з адаптивної фізичної культури. Орієнтовно він складається з таких пунктів:

- вибір мети, тобто вади в руховій функції, яка потребує корекції;
- вибір відповідних засобів і форм адаптивної фізкультури; зміст кожного заняття передбачає поєднання їх із фізіотерапевтичними процедурами, масажем, водними процедурами, використання традиційних і не традиційних засобів лікувальної гімнастики.

Методика адаптивної фізкультури визначається як станом дитини, так і можливостями, які має заклад (кабінет лікувальної фізкультури тощо).

Для вирішення поставлених завдань використовуються наступні групи вправ: вправи на розслаблення, ритмічне пасивне порушення кінцівок, махові рухи, динамічні вправи; пасивно-активні й активні вправи з полегшених вихідних положень (сидячи, лежачи) вправи на м'ячі великого діаметра; вправи з предметами під музику, переключення на нові умови діяльності, розвиток виразності рухів; вправи в різних видах ходьби: високо, низько, „слизько”, „жорстко”, з підштовхуванням; вправи для

голови в вихідному положенні сидячи, стоячи; прийняття правильної постави біля опори з зоровим контролем; вправи в різних вихідних положеннях перед дзеркалом; вправи для розвитку і тренування основних вікових і рухових навичок: повзання, лазіння (по лаві), біг, стрибки (спочатку на міні-батуті), метання; вправи в русі з частою зміною вихідного положення; ігрові вправи „як я вдягаюся”, „як я зачісуюся” і т.д.

Формування рухів повинне здійснюватись в суворо визначеній послідовності, а саме починаючи з голови, потім рука-тулуб, руки-тулуб-ноги і спільні рухові дії. При цьому рухи руками і ногами повинні виконуватись спочатку у великих суглобах (плечовому і кульшовому), потім поступово захоплювати середні суглоби (ліктьовий, колінний і далі зміщатися до променевоzap'ястного і гомілковостопного). При наявності супутніх деформацій ОРА (контрактури, укорочення кінцівок, остеохондропатія, сколіози, остеохондрози), соматичні захворювання спектр завдань розширюється з урахуванням наявної патології.

У програму фізичної реабілітації включаються масаж, прикладні види фізичних вправ, працетерапія, гідрокінезотерапія, фізіотерапія (теплолікування, електрофорез, УВЧ), іпотерапія, ортопедія (ходьба в лонгетах, ортопедичних черевичках, космічному костюмі „Аделі”).

Обсяг добової рухової активності дітей поступово зростає. Дитина в віці 6-7 років повинна використовувати різні форми рухової активності в обсязі 6 годин в день, обсяг тижневого навантаження складає 43 години.

Діти з порушеннями ОРА можуть відвідувати заняття з адаптивної фізкультури разом з логопедичними групами, тому що рухові дефекти сполучаються з порушеннями мови (дизартрія, алалія і т.д.), що дозволяє дитині одержувати необхідне спілкування з однолітками, розширюється його природна потреба в русі, зростають мовні контакти з дорослими і дітьми, прищеплюючи досвід соціальної взаємодії, підвищуючи рівень самооцінки.

Адаптивна фізична культура включає заняття корекційною гімнастикою, масаж, вправи у воді, заняття фізичною культурою, ігри.

Корекційна гімнастика проводиться протягом усього року, виключення складають змушені перерви, викликані сезонним захворюванням. Заняття проводяться через день, а інші дні тижня дитина займається з батьками. Заняття корекційною гімнастикою проводяться в будь-яку годину дня. Досить ефективні заняття після денного сну, на тлі відносного зниження м'язового тону, гарного настрою. Переважні вихідні положення: в колінно-кистевому положенні, лежачи на спині, животі, боці, у ходьбі. Кожна вправа повторюється не менше 8-12 разів. Темп – повільний і середній, загальна тривалість заняття 30-45 хв. На заняттях використовується весь арсенал предметів устаткування: м'ячі, фізіоролі, сліди, доріжки різної твердості і т.д. Масаж проводить реабілітолог щодня чи через день курсами по 15-20 процедур з перервами в 1 місяць. Заняття фізичною культурою і плавання використовуються по 2 рази в тиждень, цілорічно. У воді дитина виконує спеціальні вправи. Найбільш придатними є рухливі ігри, у яких дитина розкриває свої рухові, інтелектуальні і художні можливості разом зі здоровими однолітками. У більше старшому, шкільному віці дітям рекомендують заняття доступними видами спорту і урахуванням ступеня дефекту.

Метою фізичної реабілітації дітей з порушеннями ОРА є створення за допомогою корекційних фізичних вправ і спеціальних рухових режимів передумов для успішної побутової, трудової і соціальної адаптації до реальних умов життя, їх інтеграції в суспільство.

До першої групи відносяться *класичні завдання*, які використовуються в роботі зі здоровими дітьми – це загальноосвітні, оздоровчі та виховні.

Другу групу складають рухові корекційні завдання, які доцільно розподілити на основні і допоміжні. До основних рухових корекційних завдань відносять поетапний руховий розвиток у такій послідовності, яка властива здоровим одноліткам, тобто:

- формування уміння повзати на животі, самостійно приймати положення, стоячи на колінах і руках; пересуватися, стоячи на колінах і руках;

- створювати умови, які б відповідали більш високому рівню рухового розвитку дитини, а саме елементи стійки на колінах, вставання з підтримкою з послідовною постановкою і випрямленням ніг, стоянням біля опори з підтримкою, без підтримки тощо.

Допоміжні рухові корекційні завдання включають:

- корекцію порочних установок опорно-рухового апарату (кінцівок, відділів хребетного стовпа та ін); подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії) окремих м'язових груп;

- покращення рухливості у суглобах (профілактика або розробка контрактур);

- нормалізація тону м'язів;

- покращення м'язово-суглобового відчуття (кінестезії) і тактильних відчуттів;

- формування компенсаторної гіпертрофії певних груп м'язів (посилення розвитку групи м'язів, яка вимушена взяти на себе функції послабленої, паралізованої);

- поліпшення діяльності серцево-судинної, дихальної та інших систем організму;

- розвиток предметно-маніпулятивної діяльності рук (пальців рук);

- формування вестибулярних і антигравітаційних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) та орієнтації у просторі;

- формування різних опорних реакцій рук і ніг;

- загальна релаксація (розслаблення) організму і окремих його кінцівок;

Доведено, що руховий розвиток дітей впливає на їх загальний розвиток зокрема, на формування мови, психіки, інтелекту, а також, у

широкому розумінні, на їх поведінку. Тому виділяють ще й спеціальні корекційні завдання:

- розвиток мови за допомогою рухів; звуконаслідування, звукове забарвлення рухів, рольові рухливі ігри зі звуковим вираженням, ритмізація рухової діяльності (поєднання ритму і рухів), дихання як складова частина звукоутворення, дрібна моторика та ін;

- формування в процесі фізичної реабілітації просторово-часових уявлень типу далі-ближче, вище-нижче тощо;

- вивчення у процесі предметної діяльності різних властивостей матеріалів, а також призначень предметів;

- формування у процесі рухової діяльності різних видів мислення;

- керування емоційною сферою дитини, розвиток його морально-вольових якостей, які здійснюються у процесі спеціальних рухових завдань, ігор, естафет, тощо.

Від рівня розвитку фізичних якостей і здібностей у значній мірі залежить, наскільки дитина здатна здійснювати рухову діяльність, будувати її в різноманітних формах, досягати в ній певних результатів. Як відомо, *витриманість* є однією з найважливіших фізичних якостей людини, під якою розуміють здатність організму виконувати тривалу роботу без зниження її інтенсивності. Витривалість відіграє істотну роль у трудовій діяльності, фізичному розвитку, підвищенні загальної працездатності людини. Оскільки одним з найважливіших аспектів у розвитку витривалості є її коригуючий і компенсаторний характер, оскільки, розвиваючи витривалість, ми зміцнюємо ЦНС, кардіореспіраторну системи, виробляється глибоке і ритмічне дихання, розвиваються м'язи тіла, коригуються локомоторні акти ходьби, прямо стояння, поліпшується постава. Важливо, насамперед, розвиток загальної витривалості як своєрідного базису для інших видів витривалості: швидкісної, силової та ін.

Швидкість як рухова якість може розвиватися методами: повторної вправи; повторно-прогресуючої вправи (прискорення); перемінної вправи (про бігання відрізків з різною швидкістю); змагальним методом.

Координація рухів є стрижневою проблемою у фізичному вихованні дітей з порушеннями ОРА, що обумовлено її виключним значенням у життєдіяльності. Багаторазове повторення вправ на розвиток координації, рівноваги не викликає сильного стомлення з боку кардіореспіраторної системи організму, тому цілком можливо, що дане навантаження діти можуть виконувати тривалий час без значних змін функціонального стану. Розвиток координаційних здібностей у дітей відбувається в період від 7 до 14 років. Спритність і координація можуть бути розвинуті за допомогою спеціальних вправ, спрямованих на диференціювання м'язових зусиль; удосконалення здатності диференціювати простір; диференціювання рухів у часі; удосконалення функцій рівноваги; включення дозованого напруження і розслаблення.

Через різке зниження сили м'язів в інвалідів усіляких груп у дітей велике значення в їхній реабілітації мають методи збільшення і відновлення силових показників.

У практиці адаптивного фізичного виховання можна спостерігати, як у результаті занять якоюсь однією фізичною вправою поліпшуються показники інших рухів. Це явище (у його загальній формі) одержало назву переносу тренуваності. Отже, якщо дитині за станом здоров'я не можна займатися тим чи іншим видом діяльності, для нього можна підібрати такі заняття, при яких розвивалися б потрібні рухові якості, що надалі створило б можливість до „опосередкованого” переносу.

Одним із основних аспектів діяльності педагога та психолога в дошкільній установі інтегрованого типу є робота з батьками (додаток В), психологічна допомога родині, де виховується дитина з порушенням опорно-рухового апарату. Серед батьків, які вважають, що в них є необхідний мінімум педагогічних знань, половина намагається, але не

завжди вміє застосовувати ці знання на практиці, інші – не завжди застосовують, а треті – не застосовують взагалі.

Для того, щоб створити в дошкільному дитячому закладі та в родині ігрове освітньо-виховне середовище та сприятливі умови для виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, батькам необхідно брати безпосередню участь в життєдіяльності цього закладу, оволодіти певним обсягом психолого-педагогічних знань, практичних навичок й умінь педагогічної діяльності, що вкрай необхідно для подальшого розвитку їхньої дитини.

Нами було проведено ознайомлення батьків з педагогічним колективом дошкільного навчального закладу, вчителями початкових класів, їх вимогами до першокласників, з планом навчально-виховної роботи на рік. Батьки впродовж навчального року систематично спілкуються з дефектологом, вихователем дитячої групи, у разі необхідності – психологом дошкільного закладу.

Робота в напрямку співпраці дитячого навчального закладу і батьків дітей з порушеннями ОРА ґрунтувалася на розроблених нами рекомендаціях (додаток В). Ці рекомендації базуються на: психолого-педагогічній освіті батьків з метою підвищення рівня їхньої педагогічної майстерності та вивчення родини і встановлення контактів з її членами з метою узгодження виховних і освітніх впливів на дитину з психофізичними вадами в розвитку.

Було розроблено коло обов'язків (із урахуванням рухових можливостей дитини), які повинні мати діти в сім'ї та д/садку. Така форма роботи створила найсприятливіші умови для поглиблення спеціальних знання батьків основ практики сімейного виховання, зробили її більш керованою, педагогічно цілеспрямованою.

Робота з батьками дала можливість залучити батьків до активної участі в підготовці і проведенні спортивних свят, свят любителів природи, туризму тощо, до організації вистав, які відображали історію їхніх родин

або красу рідного краю, гуртків народної творчості, у яких поряд із дітьми брали участь і дорослі, тобто прищеплювати дітям із порушеннями опорно-рухового апарату любов до батьків, оточуючих, рідного краю, навколишнього середовища, розвитку естетичних якостей дитини.

Така різноманітна робота проведена нами з батьками, зблизила батьків і дітей, сімейне й суспільне виховання, тобто створила найсприятливіше ігрове освітньо-виховне середовище в родині і в дошкільному закладі, спрямоване на розвиток активності в аспекті формування провідної навчальної діяльності дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, що дозволило:

- встановити теплі дружні стосунки між дитиною і всіма членами родини, формувати повагу до суспільної і домашньої праці батьків;

- залучити батьків і вихователів до спільної роботи щодо виховання у дітей поваги до матері, членів сім'ї, дитячого співтовариства, рідного краю, народних традицій;

- узгоджувати спільні дії батьків і вихователів щодо загальної і спеціальної підготовки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, формувати у цих дітей адекватний рівень життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, розвивати самостійність, бажання вчитись, одержувати радість від пізнання, подолання певних труднощів;

- вживати необхідні спеціальні заходи для зміцнення здоров'я і загартування дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, які готуються до вступу до школи;

- надавати допомогу батькам у складанні режиму життя дитини в сім'ї, у доборі занять відповідно до її особистих потреб та можливостей;

- розкрити роль батьків у формуванні в дитини вміння правильно оцінювати результати своєї діяльності, гідно переживати успіхи і невдачі, розвивати вміння вчитись і працювати в колективі, доброзичливо ставитись до товаришів тощо.



Третій етап був присвячений дослідженню ефективності впровадження в режим діяльності дошкільних інтегрованих закладів педагогічних умов та програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, корекції змісту складових програми в залежності від індивідуальних особливостей дітей з порушеннями ОРА, підготовці резерву психолого-педагогічних кадрів з числа студентів-волонтерів для подальшої роботи.

Функції реабілітологів (інструкторів з адаптивної фізичної культури) виконували волонтери, які пройшли спеціальну перепідготовку на курсах, організованих кафедрою дефектології та психологічної корекції.

Досвід зарубіжних і вітчизняних вчених переконує в необхідності послідовного й цілеспрямованого залучення дітей з порушеннями ОРА до соціуму, створення реабілітаційного середовища, ефективного використання можливостей сім'ї в корекції психофізичних вад дитини, здійснення розвиваючого педагогічного впливу через ігрову діяльність, забезпечення послідовного і безперервного виконання довгострокових багаторівневих реабілітаційних програм.

Для цього нами були розроблені розвивальні корекційні ігри та ігрові ситуації, у яких дитина з порушеннями опорно-рухового апарату на практиці засвоювала норми морального поведіння себе у суспільстві, особливості спілкування з однолітками, навички самообслуговування, вміння долати труднощі, взаємодію з близькими дорослими, розвиток мовлення, особливості реагування на свої недоліки, володіння емоціями та мімікою.

Крім того, особистісно орієнтований підхід щодо оволодіння навичками навчальної діяльності включав в свій зміст ігрові вправи на заняттях та поза заняттями (додаток Н, П). Такі ігрові вправи знімали у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату фізичну й емоціональну напругу, розвивали у дітей увагу та мовленнєвий запас, дисциплінованість, підвищували емоційний настрій та працездатність.

Формування особистості дитини – процес єдиний і безперервний. Керуючи процесом створення ігрового освітньо виховного середовища, дефектолог і вихователь дитячого дошкільного закладу приділяють особливу увагу словесним поясненням дитини, дидактичним і рольовим іграм, іграм пов'язаним з розвитком життєвої компетентності дитини, вмінням долати труднощі, практичним навичкам та навичкам навчальної діяльності, формуванню навичок самообслуговування, розвитку грубої моторики, соціально-емоційному розвитку.

Сприятливою умовою виховання дитини з порушеннями опорно-рухового апарату при створенні ігрового освітньо виховного середовища в дитячому садку є суспільство здорових однолітків. Спілкуючись з дітьми, що мають нормальний розвиток, дитина з психофізичними вадами розвитку найбільш успішно та природно адаптувалася до навколишнього загальноосвітнього середовища, формувала взаємодію особливостей спілкування з однолітками та дорослими, навички самообслуговування, особливості реагування на свої невдачі та недоліки, емоційний стан. Тобто, дитина завдяки організації ігрового освітньо-виховного середовища готувалась до інклюзивного навчання.

Ігрову та навчальну діяльність дітей будували за принципом не до чого не примушувати, вихователь повинен розуміти дитину з порушеннями опорно-рухового апарату, відчувати її щиросердечний стан. У дитячому садку замість атмосфери шкільної дисципліни створювалось освітньо виховне середовище у дусі розкнутості, радості, веселощів, розвитку творчих здібностей дитини з вадами розвитку. Під час ігрової діяльності діти з порушеннями опорно-рухового апарату не тільки копіювали те, що вони бачили, але й проявляли самостійність, активність.

Завдяки спеціально створеному ігровому освітньо виховному середовищу відбувалося творче засвоєння життєвого досвіду, соціальних ролей. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату вживалися в різноманітні соціальні позиції, знайомились з нескінченним багатством

відносин. Запроваджена методика була спрямована на саморозвиток дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, заснований на самонавчанні і самовихованні. Кожна дитина розглядалась, як особа, причому особа унікальна.

Ігрове освітньо виховне середовище створювалось за допомогою ролевих, сюжетно-ролевих, рухових, навчальних і побутових ігор для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, які забезпечували необхідний рівень сформованості розумових дій, оцінки образно-логічного мислення, наукованості, загальної обізнаності дитини, словоскладання, уваги та пам'яті.

Ролеві ігри передбачають досить високий рівень мовного і розумового розвитку. Відомо, що діти, які добре володіють мовою, добре грають в сюжетно-ролеві ігри уміють планувати сюжет, можуть взяти на себе яку-небудь роль, тим самим формують комунікативні навички спілкування з однолітками.

Граючи, діти повинні зберігати дві системи відліку: реальну та ігрову. Знаходячись в реальній системі відліку, діти, знають, що вони всього лише діти і тому не можуть літати або перетворюватися на що-небудь. Але вони одночасно перебувають і в іншій, вигаданій реальності, розігруючи яку-небудь історію, в якій в черговий раз рятують світ або перемагають ворогів. Діти з обмеженими можливостями долають виникаючі психо-фізичні труднощі.

Сюжетно-ролева гра відрізняється тим, що дія її відбувається в деякому умовному просторі. Кімната раптом перетворюється на лікарню або магазин, або жваву магістраль. Граючі діти беруть на себе відповідні ролі (лікаря, продавця, водія). У сюжетній грі, як правило, декілька учасників, оскільки всяка роль передбачає партнера: лікар і хворий, продавець і покупець і так далі.

При проведенні рухливих ігор з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату, головне завдання полягає у сприянні

вертикалізації тіла дитини, його рухливості, вдосконалення дрібної моторики рук. Важлива умова рішення цієї задачі – розслаблення спастично скорочених м'язів і зміцнення ослаблених, розтягнутих м'язів. Рухливі ігри особливо важливі і привабливі для дітей з порушенням опорно-рухового апарату тим, що спеціально направленими вправами роблять на організм трофічний вплив, сприяючий відновленню інерваційних механізмів і попередженню утворення вторинних контрактур і деформацій, а при необхідності сприяють формуванню навичок самообслуговування, поліпшенню психомоторних показників розвитку, поліпшенню роботи серцево-судинної, дихальної систем, вестибулярного апарату.

Рухлива гра як засіб рекреації має цілу низку якостей, серед яких найважливіше місце займає висока емоційність граючих. Емоції у грі мають складний характер. Це і задоволення від м'язової роботи, від відчуття бадьорості і енергії, від можливості дружнього спілкування в колективній грі, від досягнення поставленої мети. Під час рухливої гри здійснюється комплексна дія на моторику і нервово-психічну сферу дитини з порушенням опорно-рухового апарату, розвиток її комунікативних навичок.

Вихователь дитячого дошкільного закладу будував свою діяльність, як спостерігач в організації ігрового освітньо-виховного середовища, в якому відбувалась ігрова навчальна діяльність. Вихователь, коли це було необхідно, допомагав дитині, якщо виникала яка-небудь перешкода у виконанні того чи іншого навчального завдання. Але головним девізом вихователя було „Допоможи мені зробити це самому”.

Сенситивні періоди в розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату визначаються послідовним дозріванням певних ділянок центральної нервової системи. Вихователь дитячого дошкільного закладу разом з дефектологом застосовували побутові вправи, які не були тільки грою, вони були частиною реального життя (самостійно одягнутись,

умитись, поїсти, прибрати посуд), фізичні вправи, вправи для дрібної моторики рук, конструювання. Усі ці дії дитини з порушеннями опорно-рухового апарату є необхідними атрибутами в повсякденній життєдіяльності, які дитина повинна вміти робити автоматично, без зайвих зусиль. У спеціально створеному і правильно організованому ігровому освітньо-виховному середовищі дітьми легко та швидко засвоювались соціальні взаємодії, адже такий вид діяльності стимулював психологічне дозрівання дитини, що особливо важливо для дітей з порушенням опорно-рухового апарату.

У дошкільному віці формується довільність поведження і нове ставлення дитини до себе, до своїх можливостей. Першим напрямом роботи дефектолога, вихователя, психолога у формуванні довільності поведження дитини з порушеннями опорно-рухового апарату виступає – розвиток у дитини вміння керувати собою, регулювати власні наміри, дії та вчинки. У дитини виникає більш-менш реалістична оцінка всіх своїх можливостей виконувати те або інше завдання: „можу”, „не можу”, „це в мене не виходить” та ін.

Педагогічна комплексна особистісно орієнтована допомога дітям з порушеннями опорно-рухового апарату була спрямована, на вирішення завдань формування життєвої компетентності таких дітей, які можуть бути успішно розв’язані шляхом залучення дітей з вадами розвитку до активного освоєння життєво важливих знань, умінь і навичок, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, розвитку самостійності.

У процесі роботи вихователь дитячого дошкільного закладу велику увагу приділяє розвитку позаситуативних форм взаємодії, виникненню в дитини образу „Я”, „Я-позиції”, усвідомленню себе серед дорослих і однолітків, у природі, просторі і часі, стимулюванню формування пізнавальних і творчих здібностей і необхідних властивостей особистості (довільності і самостійності, пізнавальній активності, самосвідомості і

відповідальності. Були розроблені ігрові ситуації, в яких дитина вивчала правила взаємовідносин з дорослими й однолітками. У процесі таких ігрових дій у дітей з психофізичними вадами розвитку розвиваються комунікативна і емоційно-вольова сфера діяльності, здатність до рефлексії (оцінювання себе з погляду інших людей), за допомогою якої дитина вчилася аналізувати свої дії, приймати рішення.

У повсякденній діяльності ми допомагали дитині з порушеннями опорно-рухового апарату розвивати якості, що забезпечують комфортне прилаштування до нових загальноосвітніх умов, створюючи засади для подальшого розвитку та адаптації в колі своїх одноліток.

Важливим компонентом створення адекватних педагогічних умов підготовки дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання у загальноосвітній школі є професійно організований медико-психолого-педагогічний супровід дітей і членів їх сімей, який здійснювався за допомогою спеціально створених індивідуальних корекційних програм, які враховували рівень розвитку дитини та її функціональні можливості.

Досвід роботи з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату, показав, що патологія рухів у цих дітей дуже різноманітна, і для одержання оптимальних результатів доцільно урізноманітнити лікувальну стимуляцію, не обмежуючись одним методом.

Медичний супровід дітей з порушеннями ОРА було організовано за допомогою відділень обласної дитячої клінічної лікарні та обласної психолого-медико-педагогічної консультації головного управління освіти і науки. Медичне обстеження дітей з порушеннями опорно-рухового апарату організовувалося три рази на рік ( на початку, в середини и на прикінці року).

Велике значення мали також організовані лікувальна фізкультура, масаж, консультації та відвідування лікувальних заходів. Для впровадження таких заходів у дитячому дошкільному закладі були введені ставки лікаря та масажиста, які систематично відвідували

експериментальні групи і проводили свою професійну діяльність з медичного супроводу учасників експерименту, у разі необхідності проводили необхідну терапію.

Під час медичного спостереження за експериментальною групою лікар у присутності дефектолога, вихователя, представника науково-дослідницької лабораторії постійно контролював темп і динаміку психофізичного розвитку дитини з порушеннями опорно-рухового апарату з метою її подальшої корекції.

Особливе значення в здійсненні комплексного, особистісно орієнтованого підходу відіграє надання педагогічної підтримки батькам дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Така допомога впроваджувалася за допомогою консультування і психологічної підтримки батьків дітей з вадами в розвитку з боку педагогічного колективу дошкільного загальноосвітнього закладу, державної служби для сім'ї, дітей і молоді м. Ровеньки та центру реабілітації дітей і молоді з психофізичними вадами розвитку м. Краматорська, науковців кафедри дефектології та психокорекції ЛНУ імені Тараса Шевченка (лекції, семінари, конференції), патронажу (бесіди, виїзні консультації, виставки, організації досугу та відпочинку). Нами були визначені головні завдання цієї роботи:

- виявлення й диференційований облік родин дітей з обмеженими психофізичними вадами розвитку, що об'єктивно потребують домашнього супроводу й педагогічного патронажу;

- визначення необхідних видів домашнього супроводу й педагогічного патронажу таких родин, обсягу й періодичності їх надання (постійно, тимчасово, на разовій основі);

- підтримка сімей у вирішенні проблем самозабезпечення, реалізації власних можливостей щодо подолання складних життєвих ситуацій.

Під час організації педагогічної підтримки дефектолог спільно з вихователем дитячого дошкільного закладу виконував роль радника

батьків, надавав емоційну та особистісну підтримку, сприяв створенню клімату відвертості, надійності й довіри в родині, допомагав батькам у вирішенні проблем, отриманні тих видів корекційної допомоги, на які вони можуть розраховувати в межах реалізації реабілітаційної програми.

Особливої уваги потребують питання оволодіння дітьми з порушеннями ОРА навичками навчальної діяльності. Спільна робота з вихователем була визначена в підборі та організації ігор, спрямованих на розвиток сформованості розумових дій, оцінки образно-логічного мислення, научуваності, рівня загальної обізнаності, словоскладання, розвитку уваги і пам'яті, оцінюванні загального розвитку дитини. Оволодіння навичками навчальної діяльності потребує від дитини з фізичними вадами розвитку значного напруження інтелектуального та фізичного стану. Для зняття такого напруження і переключення дитини від навчальної діяльності до життєво-побутової, нами були запропоновані ігри на заняттях та ігрові вправи поза заняттями (додатки Н, П).

Рухлива гра або фізкультхвилинка на занятті дозволяла зняти фізичну й емоційну напругу дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, створювала адекватні умови до більш продуктивної діяльності щодо засвоювання навчального матеріалу. Навчальне ігрове освітньо-виховне середовище дозволило зацікавити дитину в навчальному матеріалі, привернути її нестійку увагу, але в той же час розвивало важливі пізнавальні функції, необхідні в майбутньому навчанні у школі.

Важливою є також виховна функція ігрового освітньо-виховного середовища. Ігри, проведені як на занятті, так і поза заняттями, вимагали від дитини з порушеннями опорно-рухового апарату кмітливості, навчали витримці, наполегливості, розвивали уяву, вміння працювати в команді й знаходити правильне рішення.

Творчо організована діяльність дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату поза заняттями за допомогою різноманітних рухливих і релаксаційних ігор давала можливість цим дітям



розвивати свої комунікативні якості у відношенні до здорових однолітків. Групове спілкування з однолітками під час ігрової освітньо-виховної діяльності набуває терапевтичної та лікувальної функції завдяки тому, що групова діяльність являє собою особливий вид спільної діяльності, що модифікує пізнавальні й рухові процеси дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, а також психічну й фізичну сфери всіх дітей групи. Така спільна діяльність дає можливість розкрити творчий потенціал, підвищити рівень комунікативних навичок, що особливо потрібно дітям з фізичними вадами розвитку для їх оптимальної корекції та адаптації у шкільному дитячому середовищі.

Впровадження програми підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі в режим діяльності дошкільних закладів мало позитивний вплив на розвиток у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату почуття дружби, яке виховується в системі колективної діяльності. Через ігрову діяльність вихователь дитячого дошкільного закладу знайомив дітей із якостями, що допомагають і заважають дружнім стосункам: уважність, правдивість, сміливість, доброта, взаємодопомога, вирішувався цілий спектр важливих завдань:

- 1) формування здорових, гуманних відносин у дитячому колективі;
- 2) сприяння саморозвитку особистості дитини;
- 3) надання допомоги в реабілітації та адаптації дитини;
- 4) спрямування зусиль на оздоровленні та нормалізації взаємин у сім'ї, усунення дефіциту спілкування;
- 5) вирішення особистих проблем дітей;
- 6) виявлення й розв'язання конфліктних ситуацій у міжособистісних стосунках;
- 7) патронаж дітей, яким потрібна корекційно-медична допомога.

### 3.2. Аналіз результатів експериментальної роботи

Аналіз проведеної експериментальної роботи надав нам можливість оцінити результати та визначити ефективність впровадження педагогічних умов підготовки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі в режим діяльності дошкільних закладів інтегрованого типу.

Проведений в січні 2006 року рівня життєвої компетентності у дітей експериментальної групи вказує на те, що цей показник готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі змінився, у відношенні до вересня 2005 року: низький рівень з 7,6 % збільшився до 8,4 %; середній рівень з 92,4 % зменшився до 89,7 %; високий рівень з 0 % збільшився до 1,9 % (рис. 3.1).

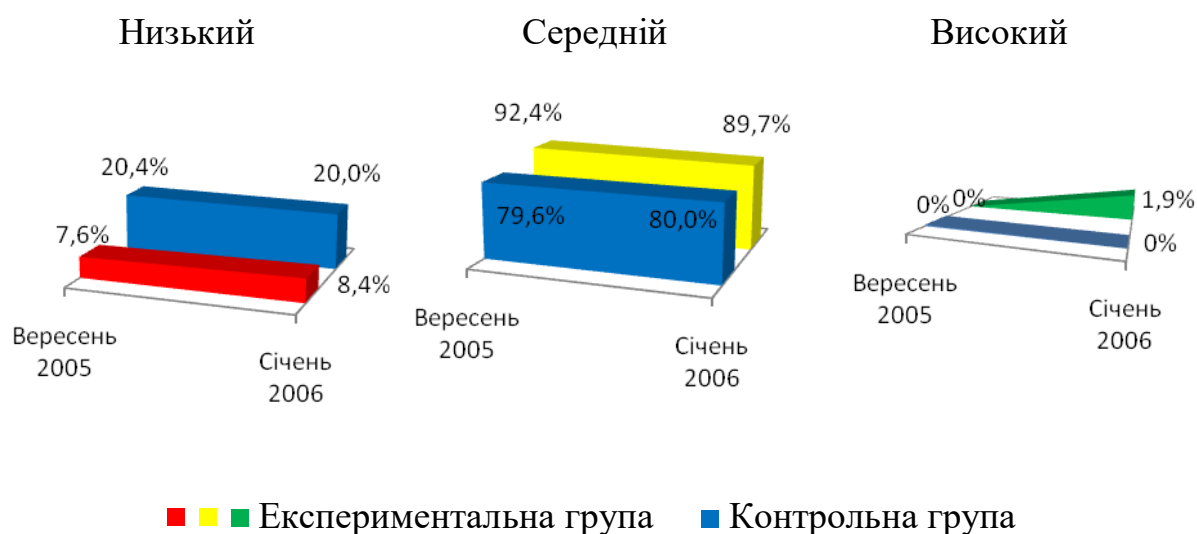


Рис. 3.1. Діагностика рівня життєвої компетентності (січень 2006 року).

Показники розвитку життєвої компетентності у дітей контрольної групи змінився, у відношенні до вересня 2005 року: низький рівень з

20,4 % зменшився до 20,0 %; середній рівень з 79,6 % збільшився до 80,0 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.

Показники рівня оволодіння навичками навчальної діяльності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату досліджувалися за допомогою наступних показників: сформованості розумових дій, оцінки образно-логічного мислення, научуваності, рівня загальної обізнаності, словоскладання, розвитку уваги і пам'яті, оцінюванні загального розвитку дитини.

Проведений контрольний зріз рівня оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей експериментальної групи вказує на те, що цей показник змінився, у відношенні до вересня 2005 року: низький рівень з 46,2 % зменшився до 40,1 %; середній рівень з 53,8 % збільшився до 55,4 %; високий рівень з 0 % збільшився до 4,5 % (рис. 3.2).

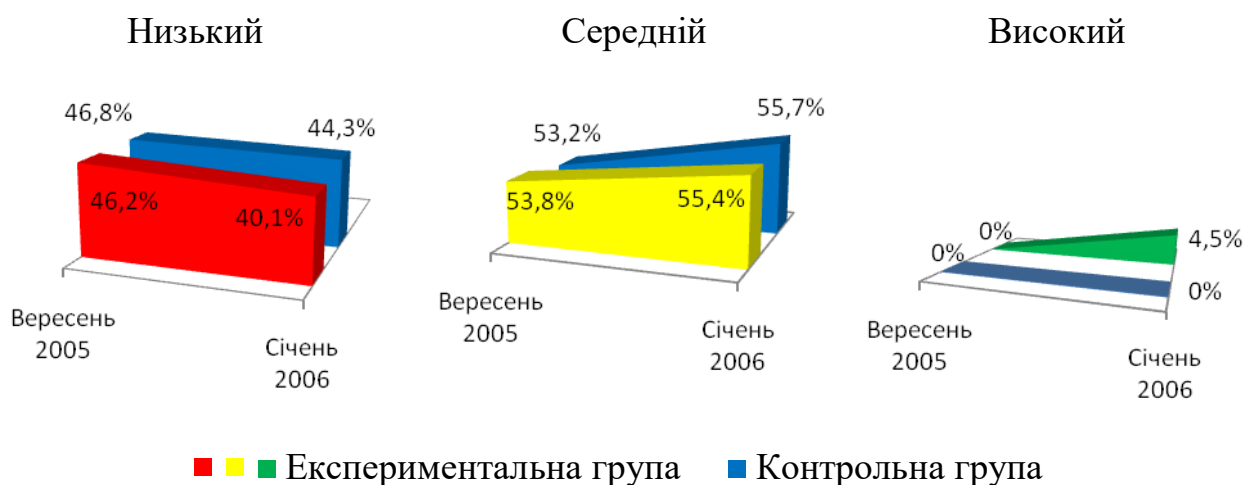


Рис. 3.2. Діагностика рівня оволодіння навичками навчальної діяльності (січень 2006 року).

Показник розвитку оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей контрольної групи змінився, у відношенню до вересня 2005 року: низький рівень з 46,8 % зменшився до 44,3 %; середній рівень з 53,2 % збільшився до 55,7 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.

Діагностика вміння долати труднощі у дітей експериментальної групи вказує на те, що цей показник готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі змінився, по відношенню до вересня 2005 року: низький рівень розвитку з 53,8 % зменшився до 51,4 %; середній рівень з 46,2 % зменшився до 45,4 %; високий рівень з 0 % збільшився до 3,2 % (рис. 3.3).

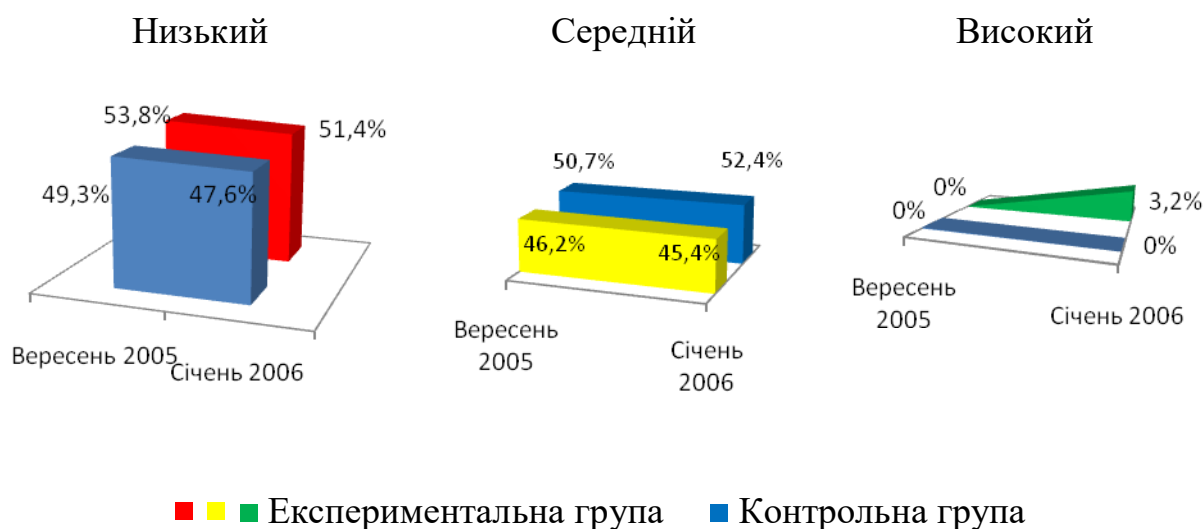


Рис. 3.3. Діагностика показників вміння долати труднощі (січень 2006 року).

Показники вміння долати труднощі у дітей контрольної групи змінилися, у відношенні до вересня 2005 року: низький рівень з 49,3 % зменшився до 47,6 %; середній рівень з 50,7 % збільшився до 52,4 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.

Діагностика самостійності у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату проводилося за допомогою наступних показників: ступеня сформованості в дитини вміння діяти за правилом; дрібної моторики рук. Цей показник готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі змінився, по відношенню до вересня 2005 року: низький рівень з 38,0 % зменшився до 31,4 %; середній рівень з 62,0 % збільшився до 66,4 %; високий рівень з 0 % збільшився до 2,2 % (рис. 3.4).

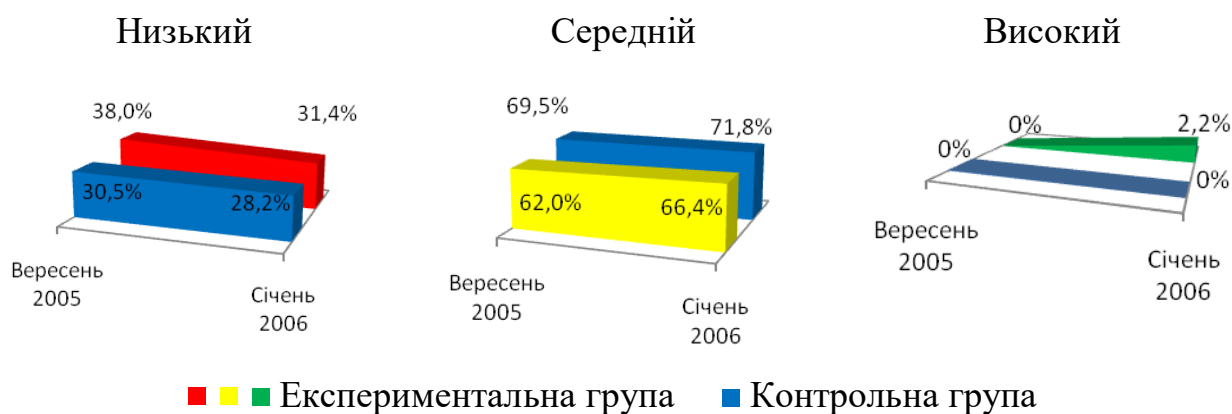


Рис. 3.4. Діагностика самостійності (січень 2006 року).

Показник розвитку самостійності у дітей контрольної групи змінився, по відношенню до вересня 2005 року: низький рівень з 30,5 % зменшився до 28,2 %; середній рівень з 69,5 % збільшився до 71,8 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.

Така позитивна динаміка рівня готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітньому середовищі дає можливість стверджувати, що розроблені педагогічні умови підготовки до навчання в загальноосвітній школі даного контингенту здатні ефективно вирішити поставлені в цьому дослідженні завдання.

Для підтвердження позитивного характеру впроваджених педагогічних умов у травні 2006 року було проведене підсумкове педагогічне діагностування рівня готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі (табл. 3.1).

Порівняльний аналіз таблиці 3.1 вказує на те що, низький рівень готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі залишився таким самим – 7,6 %; середній рівень з 92,4 % зменшився до 84,8 %; високий рівень з 0 % збільшився до 7,6 % .

Рівень розвитку життєвої компетентності у дітей контрольної групи в травні 2006 року змінився у такому напрямку: низький рівень з 20,4 % зменшився до 19,7 %; середній рівень з 79,6 % збільшився до 80,3 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.

Таблиця 3.1

**Порівняльний аналіз рівнів готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі за період 2005–2006 рр. (%)**

Показники навчальної діяльності дитини	Рівень оволодіння	Період проведення експерименту									
		Вересень 2005		Січень 2006				Травень 2006			
		Експериментальна група	Контрольна група	Експериментальна група	Динаміка різниці	Контрольна група	Динаміка різниці	Експериментальна група	Динаміка різниці	Контрольна група	Динаміка різниці
<b>Життєва компетентність</b>	Низький	7,6	20,4	8,4	<b>+0,8</b>	20,0	<b>-0,4</b>	7,6	<b>0</b>	19,7	<b>-0,7</b>
	Середній	92,4	79,6	89,7	<b>-2,7</b>	80,0	<b>+0,4</b>	84,8	<b>-7,6</b>	80,3	<b>+0,7</b>
	Високий	0	0	1,9	<b>+1,9</b>	0	<b>0</b>	7,6	<b>+7,6</b>	0	<b>0</b>
<b>Оволодіння навичками навчальної діяльності</b>	Низький	46,2	46,8	40,1	<b>-6,1</b>	44,3	<b>+4,2</b>	30,4	<b>-15,8</b>	42,3	<b>-4,5</b>
	Середній	53,8	53,2	55,4	<b>+1,6</b>	55,7	<b>+2,5</b>	62,0	<b>+8,2</b>	57,7	<b>+4,5</b>
	Високий	0	0	4,5	<b>+4,5</b>	0	<b>0</b>	7,6	<b>+7,6</b>	0	<b>0</b>
<b>Вміння долати труднощі</b>	Низький	53,8	49,3	51,4	<b>-2,4</b>	47,6	<b>-1,7</b>	46,2	<b>-7,6</b>	45,8	<b>-3,5</b>
	Середній	46,2	50,7	45,4	<b>-0,8</b>	52,4	<b>+1,7</b>	46,2	<b>0</b>	44,2	<b>-6,5</b>
	Високий	0	0	3,2	<b>+3,2</b>	0	<b>0</b>	7,6	<b>+7,6</b>	0	<b>0</b>
<b>Самостійність</b>	Низький	38,0	30,5	31,4	<b>-6,6</b>	28,2	<b>-2,3</b>	22,8	<b>-15,2</b>	24,6	<b>-5,9</b>
	Середній	62,0	69,5	66,4	<b>+4,4</b>	71,8	<b>+2,3</b>	77,2	<b>+15,2</b>	75,4	<b>+5,9</b>
	Високий	0	0	2,2	<b>+2,2</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>

Проведений аналіз рівня оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей експериментальної групи вказує на те, що цей показник готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в

загальноосвітній школі змінився, у відношенні до вересня 2005 року, у такому порядку: низький рівень з 46,2 % зменшився до 30,4 %; середній рівень з 53,8 % збільшився до 62,0 %; високий рівень з 0 % збільшився до 7,6 % (рис. 3.5).

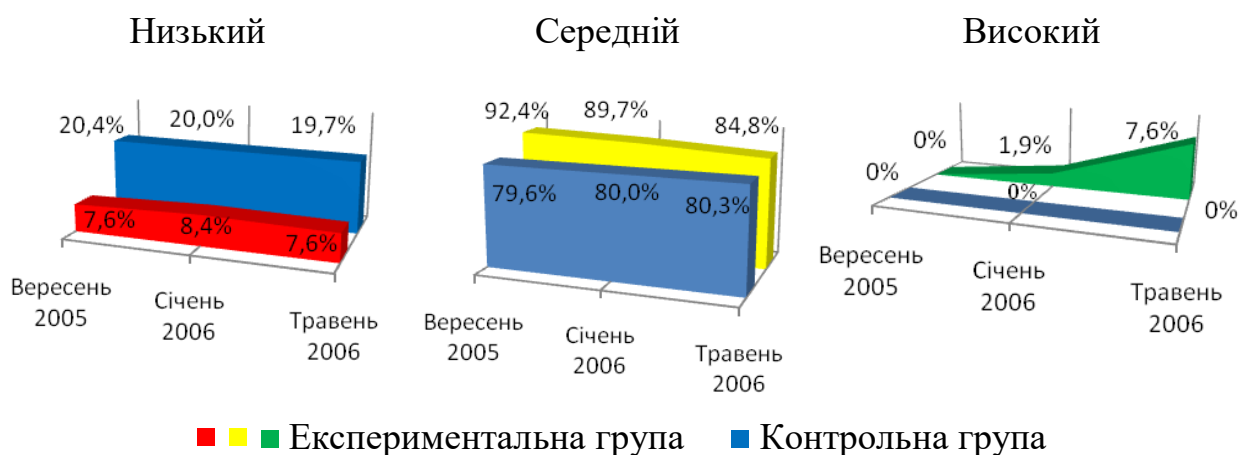


Рис. 3.5. Діагностика рівня розвитку життєвої компетентності (травень 2006 р.).

Рівень оволодіння навичками навчальної діяльності (рис. 3.6) у дітей контрольної групи у травні 2006 року змінився у такому напрямку: низький рівень з 46,8 % зменшився до 42,3 %; середній рівень з 53,2 % збільшився до 57,7 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.

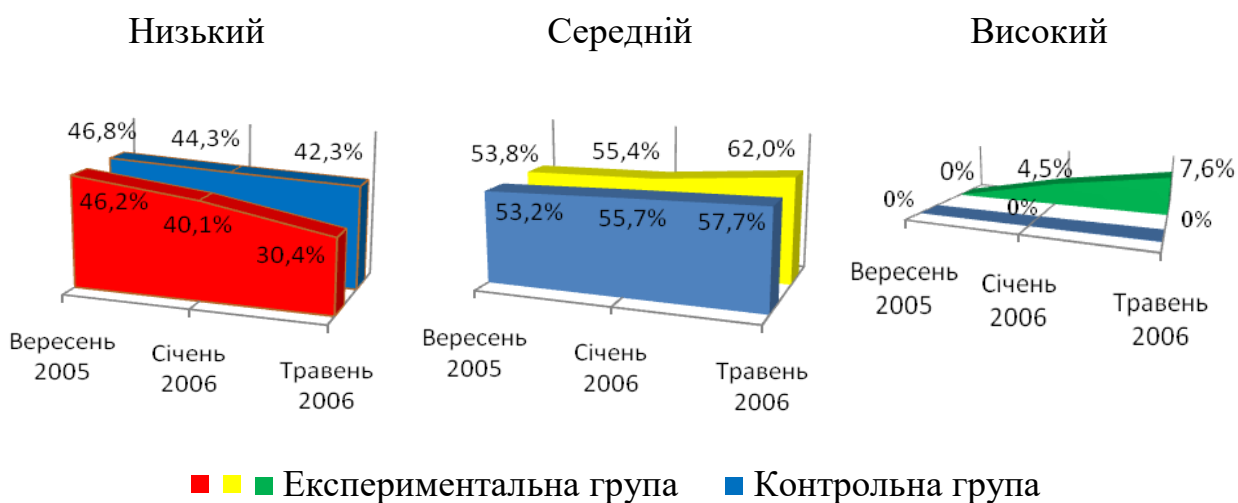


Рис. 3.6. Діагностика оволодіння навичками навчальної діяльності (травень 2006 року).

Аналіз вміння долати труднощі у дітей експериментальної групи вказує на те, що цей напрям процесу готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі змінився, у відношенні до вересня 2005 року, у такому порядку: низький рівень з 53,8 % зменшився до 46,2 %; середній рівень залишився таким самим – 46,2 %; високий рівень з 0 % збільшився до 7,6 % .

Рівень вміння долати труднощі у дітей контрольної групи у травні 2006 року змінився у такому напрямку: низький рівень з 49,3 % зменшився до 45,8 %; середній рівень з 50,7 % зменшився до 44,2 %; високий рівень залишився таким самим – 0 % (рис. (рис. 3.7).

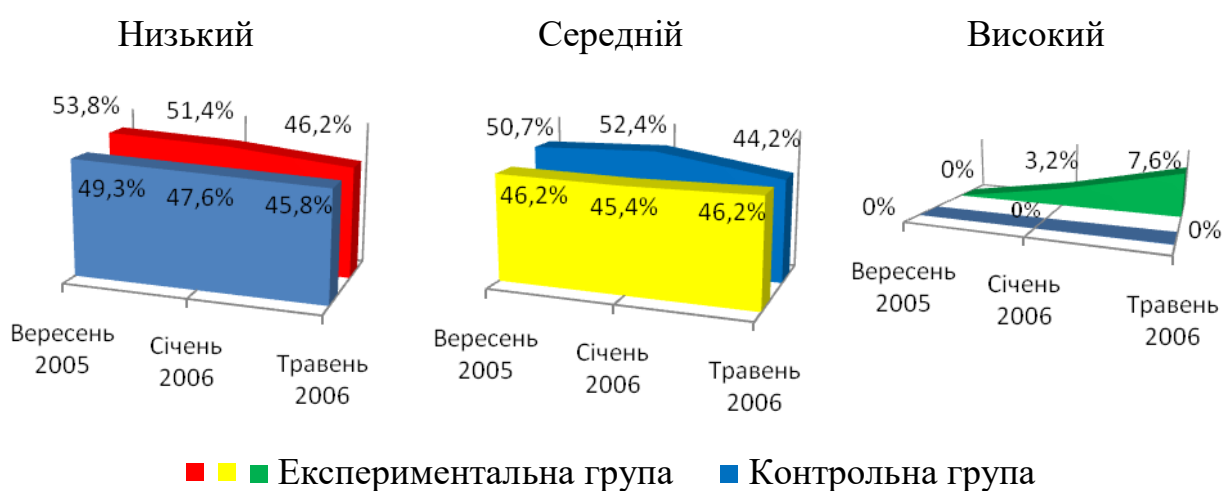


Рис. 3.7. Діагностика вміння долати труднощі (травень 2006 року).

Аналіз розвитку самостійності у дітей експериментальної групи вказує на те, що цей показник процесу готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі змінився, у відношенні до вересня 2005 року, у такому порядку: низький рівень з 38,0 % зменшився до 22,8 %; середній рівень з 62,0 % збільшився до 77,2 %; високий рівень залишився на показнику 0 % (рис. 3.8).

Рівень розвитку самостійності у дітей контрольної групи у травні 2006 року змінився у такому напрямку: низький рівень з 30,5 % зменшився до 24,6 %; середній рівень з 69,5 % збільшився до 75,4 %; високий рівень залишився таким самим – 0 %.



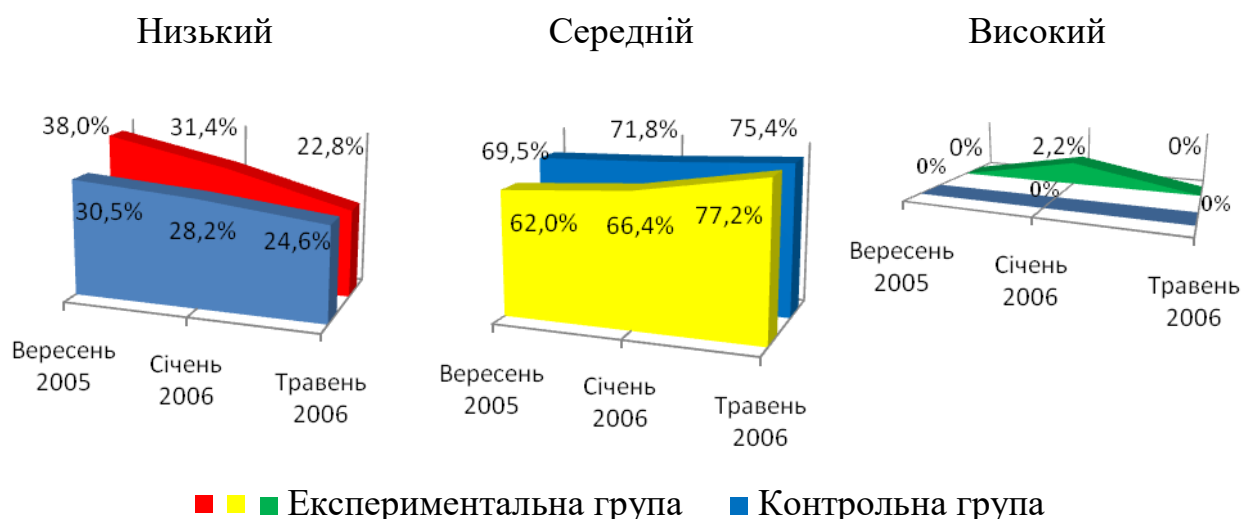


Рис. 3.8. Діагностика самостійності (травень 2006 року).

Отримані дані таблиці 3.1 дозволяють констатувати, що розглянуті показники життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату при підготовці її до навчальної діяльності вказують на значні позитивні зміни низького та середнього рівнів оволодіння процесом готовності дитини до навчання в загальноосвітній школі. Причому, на початку експерименту жодна дитина з порушенням опорно-рухового апарату не мала високого рівня оволодіння навчальною діяльністю, а по закінченню першого року експерименту деяка частина дітей покращує рівень оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі настільки, що може досягнути високого рівня навчальної діяльності цих показників.

Діагностика життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи протягом 2006-2007 навчального року дала можливість визначити такі зміни:

- рівень життєвої компетентності у дітей експериментальної групи змінився з вересня 2006 року по травень 2007 року у наступному порядку:

низький рівень з 8,2 % зменшився до 7,4 %; середній рівень з 90,3 % зменшився до 84,6 %; високий рівень з 1,5 % збільшився до 8,0 % (рис. 3.9);

- рівень життєвої компетентності у дітей контрольної групи за 2006–2007 навчальний рік змінився у наступному напрямку: низький рівень – з 20,2 % зменшився до 19,5 %; середній рівень з 79,7 % збільшився до 80,1 %; високий рівень з 0,1 % збільшився до 0,4 %.

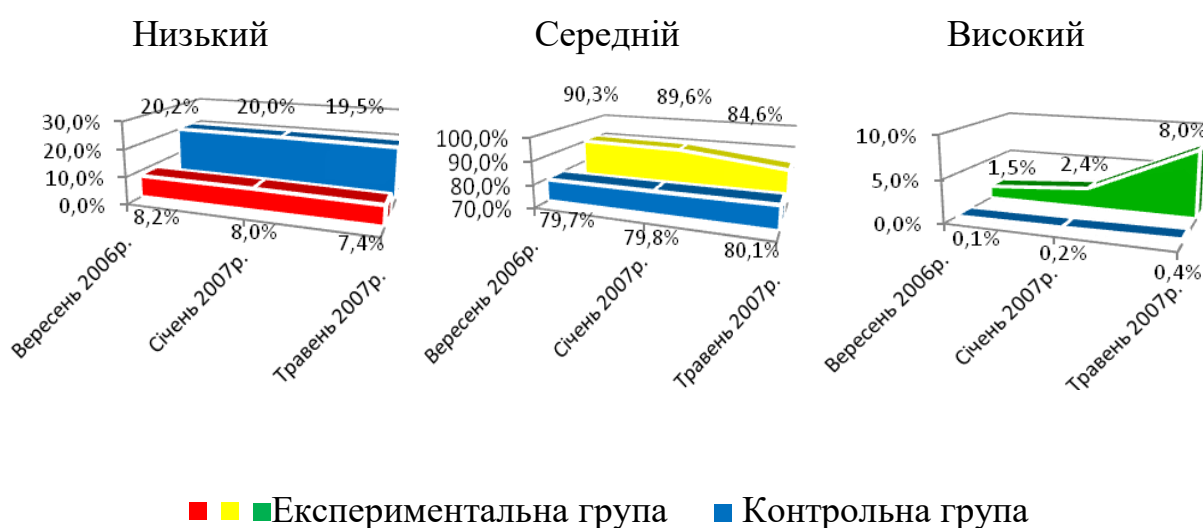


Рис. 3.9. Діагностика життєвої компетентності (2006–2007 н. р.).

Рівень оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей експериментальної групи змінився з вересня 2006 по травень 2007 року у такому порядку: низький рівень з 37,8 % зменшився до 27,3 %; середній рівень з 56,0 % збільшився до 64,2 %; високий рівень з 6,2 % збільшився до 8,5 % (рис. 3.10).

Показники оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей контрольної групи за 2006–2007 навчальний рік змінились у такому напрямку: низький рівень з 43,8 % зменшився до 41,6 %; середній рівень з 55,0 % збільшився до 58,2 %; високий рівень з 1,2 % зменшився до 0,2 %.

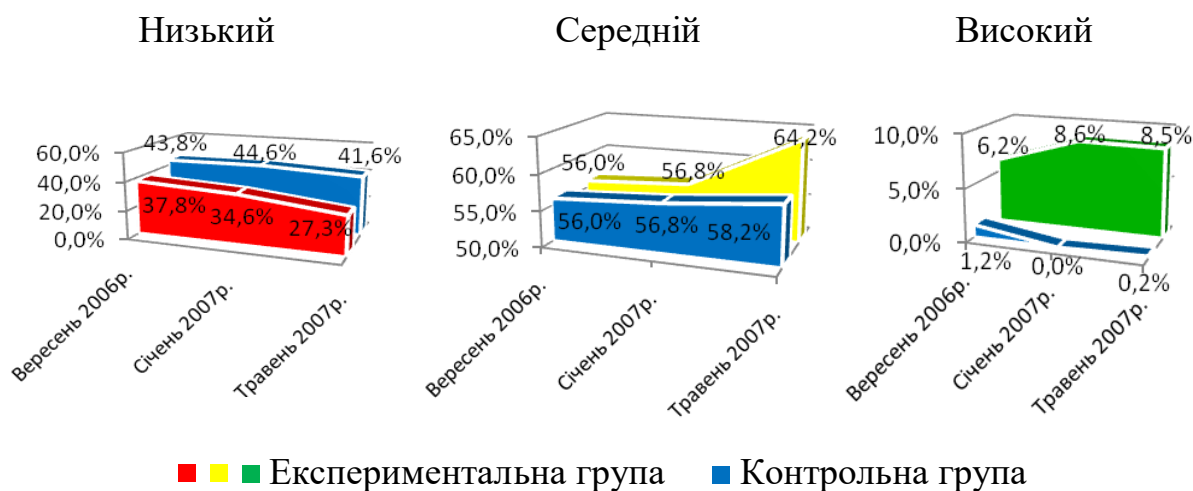


Рис. 3.10. Діагностика оволодіння навичками навчальної діяльності (2006–2007 н. р.).

Показники вміння долати труднощі у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи змінилися з вересня 2006 по травень 2007 року в такому порядку: низький рівень з 50,4 % зменшився до 45,1 %; середній рівень з 45,8 % збільшився до 46,8 %; високий рівень з 3,8 % збільшився до 8,1 % (рис. 3.11).

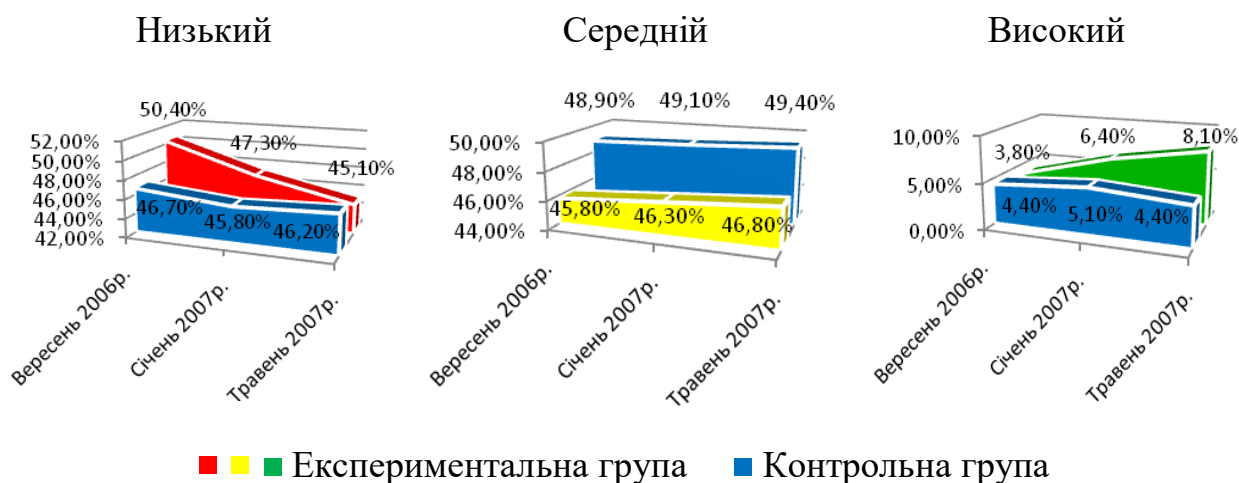


Рис. 3.11. Діагностика вміння долати труднощі (2006–2007 н. р.).

Показники вміння долати труднощі у дітей контрольної групи за 2006–2007 навчальний рік змінились у наступному напрямку: низький

рівень з 46,7 % зменшився до 46,2 %; середній рівень з 48,9 % збільшився до 49,4 %; високий рівень залишився таким самим – 4,4 %. Показник самостійності у дітей експериментальної групи змінилися з вересня 2006 року по травень 2007 року у такому порядку: низький рівень з 32,4 % зменшився до 20,4 %; середній рівень з 66,5 % збільшився до 78,1 %; високий рівень з 1,1 % збільшився до 1,5 % (рис. 3.12).

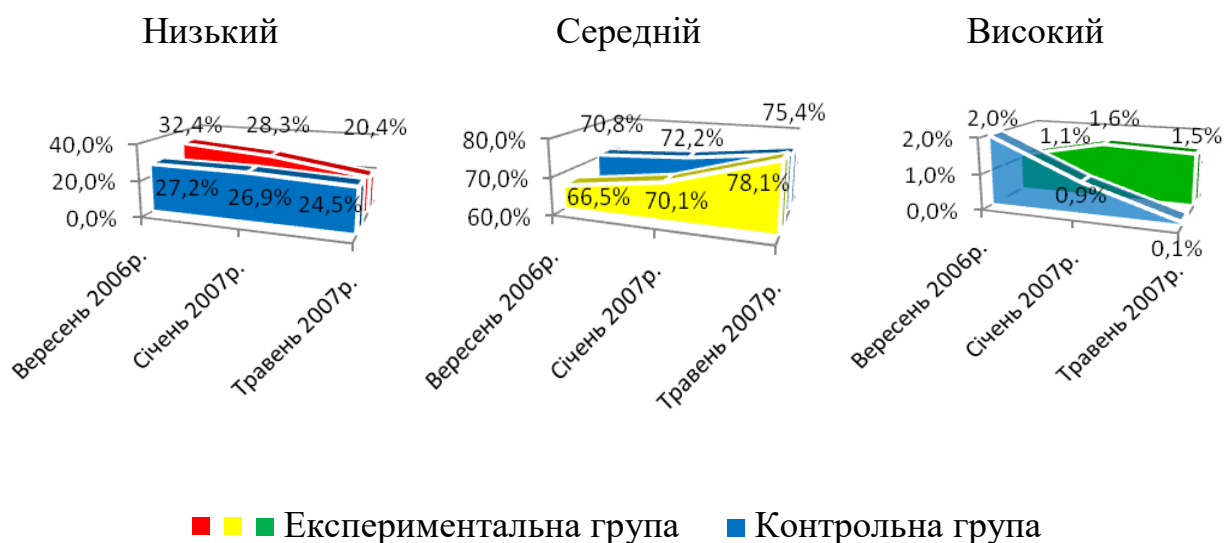


Рис. 3.12. Діагностика самостійності (2006–2007 н. р.).

Показник самостійності у дітей контрольної групи за 2006–2007 навчальний рік змінились у такому напрямку: низький рівень з 27,2 % зменшився до 24,5 %; середній рівень з 70,8 % збільшився до 75,4 %; високий рівень з 2,0 % зменшився до 0,1 %.

Як бачимо, критерії готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату (життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності) під час навчання в загальноосвітній школі у 2006–2007 навчальному році вказують на домінуючу кількість показників середнього рівня.

Дані таблиці 3.2. дозволяють констатувати, що показники навчальної діяльності у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату протягом 2006–2007 навчального року поступово покращуються.

Таблиця 3.2

**Динаміка рівня готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі за період з 2006–2007 н. р.**

Показники навчальної діяльності дитини	Рівень оволодіння	Період проведення експерименту									
		Вересень 2006 р.		Січень 2007 р.				Травень 2007 р.			
		Експериментальна група (%)	Контрольна група (%)	Експериментальна група (%)	Динаміка різниці (%)	Контрольна група (%)	Динаміка різниці (%)	Експериментальна група (%)	Динаміка різниці (%)	Контрольна група (%)	Динаміка різниці (%)
<b>Життєва компетентність</b>	Низький	8,2	20,2	8,0	-0,2	20,0	- 0,2	7,4	- 0,8	19,5	-0,7
	Середній	90,3	79,7	89,6	-0,7	79,8	+0,1	84,6	- 5,7	80,1	+0,4
	Високий	1,5	0,1	2,4	+0,9	0,2	+0,1	8,0	+6,5	0,4	+0,3
<b>Оволодіння навичками навчальної діяльності</b>	Низький	37,8	43,8	34,6	- 3,2	44,6	+1,2	27,3	-10,5	41,6	-2,2
	Середній	56,0	55,0	56,8	+0,8	56,4	+1,4	64,2	+9,2	58,2	+3,2
	Високий	6,2	1,2	8,6	+2,4	0	- 1,2	8,5	+2,3	0,2	-1,0
<b>Вміння долати труднощі</b>	Низький	50,4	46,7	47,3	-3,1	45,8	- 1,1	45,1	- 5,3	46,2	-0,5
	Середній	45,8	48,9	46,3	+1,5	49,1	+0,2	46,8	+1,0	49,4	+0,5
	Високий	3,8	4,4	6,4	+2,6	5,1	+0,7	8,1	+4,3	4,4	0
<b>Самостійність</b>	Низький	32,4	27,2	28,3	-4,1	26,9	- 0,3	20,4	-12,0	24,5	-2,8
	Середній	66,5	70,8	70,1	+3,6	72,2	+1,9	78,1	+11,6	75,4	+4,6
	Високий	1,1	2,0	1,6	+0,5	0,9	- 0,7	1,5	+0,4	0,1	-1,9

Показники життєвої компетентності у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи з вересня 2005 року по травень 2007 року змінилися у наступному порядку: низький рівень зменшився на 0,2%, середній зменшився на 7,8 %, високий рівень збільшився на 8,0 %

(рис. 3.13); показники контрольної групи змінилися у наступному порядку: низький рівень зменшився на 0,9 %, середній рівень збільшився на 0,5 %, високий рівень збільшився на 0,4 %.

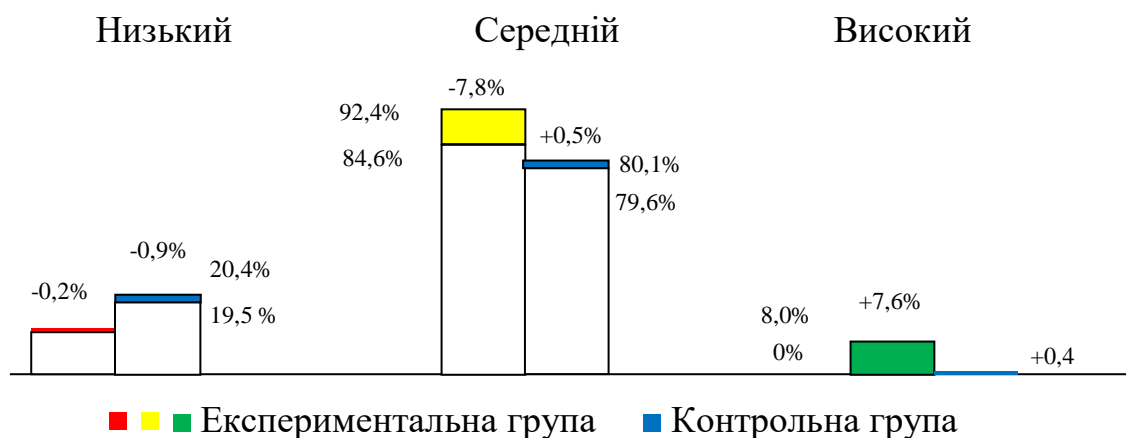


Рис. 3.13. Показники життєвої компетентності (2005–2007 рр.).

Рівень оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей експериментальної групи з вересня 2005 року по травень 2007 року змінився у такому порядку: низький рівень оволодіння знаннями зменшився на 18,9 %, середній рівень збільшився на 10,4 %, високий рівень збільшився на 8,5 % (рис. 3.14); показники у дітей контрольної групи змінилися у такому порядку: низький рівень оволодіння знаннями зменшився на 5,2 %, середній рівень збільшився на 5,0 %, високий рівень збільшився на 0,2 %.

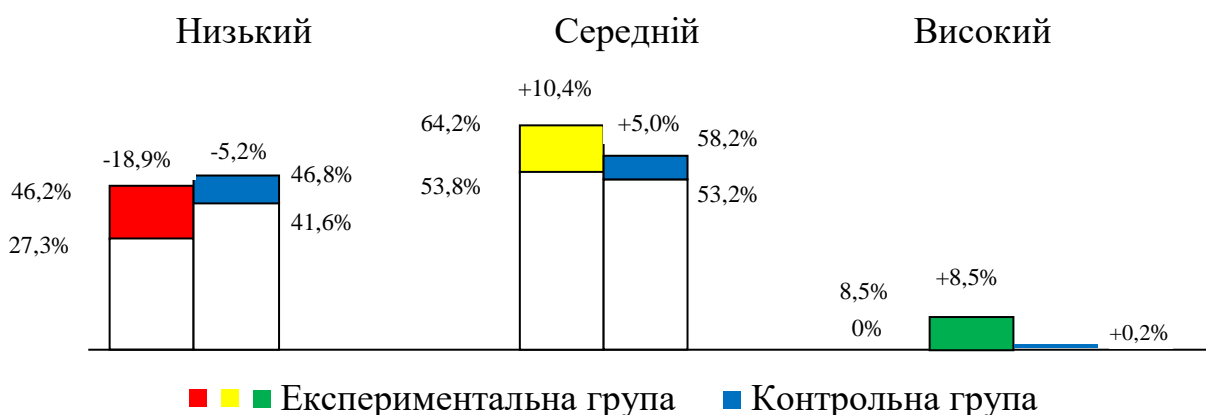


Рис. 3.14. Показники оволодіння навичками навчальної діяльності (2005–2007 р.).

Показники вміння долати труднощі у дітей експериментальної групи з вересня 2005 року по травень 2007 року змінилися у такому порядку: низький рівень оволодіння знаннями зменшився на 8,7 %; середній збільшився на 0,6 %, високий рівень збільшився на 8,1 % (рис. 3.15); показники вміння долати труднощі у дітей контрольної групи змінилися у такому порядку: низький рівень оволодіння знаннями зменшився на 3,1 %, середній рівень зменшився на 1,3 %, високий рівень збільшився на 4,4 %;

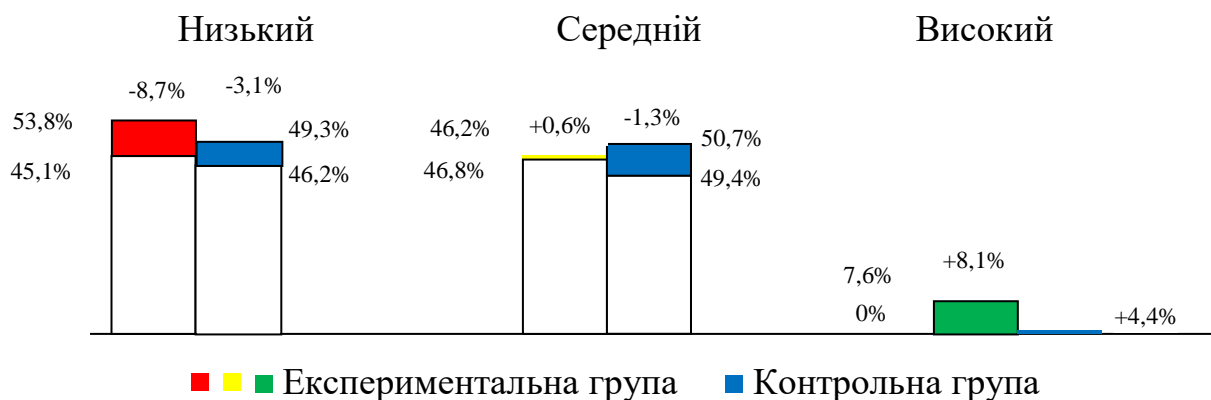


Рис. 3.15. Показники вміння долати труднощі (2005–2007 рр.).

Рівень розвитку самостійності у дітей експериментальної групи з вересня 2005 року по травень 2007 року змінилися у наступному порядку: низький рівень зменшився на 17,6 %, середній рівень збільшився на 16,1 %, високий збільшився на 1,5 % (рис. 3.16); показник самостійності у дітей контрольної групи змінилися у наступному порядку: низький рівень зменшився на 6,0 %, середній рівень збільшився на 5,9 %, високий рівень збільшився на 0,1 %.

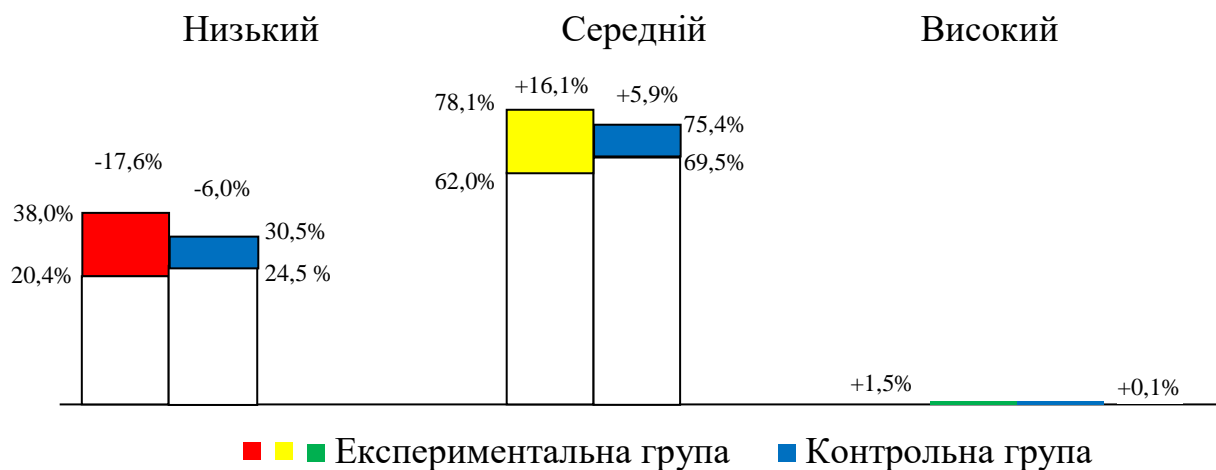


Рис. 3.16. Показник самостійності (2005–2007 рр.).

Підсумковий аналіз показників життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату протягом 2005–2007 років вказує на переважну кількість показників середнього рівня, а також зменшення низького рівня готовності дитини з обмеженими можливостями до навчання в загальноосвітній школі (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Динаміка рівня готовності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі**

Показники навчальної діяльності дитини	Рівень оволодіння	Вересень 2005		Травень 2007			
		Експериментальна група (%)	Контрольна група (%)	Експериментальна група (%)	Динаміка ЕГ	Контрольна група (%)	Динаміка КГ
Життєва компетентність	Низький	7,6	20,4	7,4	- 0,2	19,5	-0,9
	Середній	92,4	79,6	84,6	- 7,8	80,1	+0,5
	Високий	0	0	8,0	+8,0	0,4	+0,4
Оволодіння навичками навчальної діяльності	Низький	46,2	46,8	27,3	-18,9	41,6	-5,2
	Середній	53,8	53,2	64,2	+10,4	58,2	+5,0
	Високий	0	0	8,5	+8,5	0,2	+0,2
Вміння долати труднощі	Низький	53,8	49,3	45,1	- 8,7	46,2	-3,1
	Середній	46,2	50,7	46,8	+0,6	49,4	-1,3
	Високий	0	0	8,1	+8,1	4,4	+4,4
Самостійність	Низький	38,0	30,5	20,4	-17,6	24,5	-6,0
	Середній	62,0	69,5	78,1	+16,1	75,4	+5,9
	Високий	0	0	1,5	+1,5	0,1	+0,1



- рівень розвитку життєвої компетентності в експериментальній групі: низький рівень з 7,6 % зменшився до 7,4 %, середній рівень з 92,4 % зменшився до 84,6 %, високий рівень збільшився на 8,0 %;

- рівень оволодіння навичками навчальної діяльності у дітей експериментальної групи: низький рівень з 46,2 % зменшився до 27,3 %; середній рівень з 53,8 % збільшився до 64,2 %; високий рівень збільшився на 8,5 %;

- показники вміння долати труднощі в експериментальній групі: низький рівень з 53,8 % зменшилися до 45,1 %; середній рівень з 46,2 % збільшилися до 46,8 %; високий рівень збільшився до 8,1 %;

- рівень самостійності в експериментальній групі: низький рівень з 38,0 % зменшився до 20,4 %, середній рівень з 62,0 % збільшився до 78,1 %, високий рівень збільшився на 1,5 %.

Порівняльний аналіз життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату протягом 2005–2007 років (табл. 3.3) вказує на те, що найбільшого рівня позитивних змін досягнуто в оволодінні навичками навчальної діяльності та самостійності.

Після закінчення формувального експерименту були проведені контрольні дослідження рівнів готовності дітей експериментальної і контрольної груп до навчання в загальноосвітніх закладах інтегрованого типу за показниками, визначеними у другому розділі дисертаційного дослідження.

Підсумковий аналіз рівнів життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату протягом 2005–2007 років вказує на переважну кількість показників середнього рівня, а також зменшення низького рівня готовності дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі.

Для обробки статистичних даних та підтвердження достовірності отриманих експериментальних даних ефективності впровадження педагогічних умов підготовки дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі нами було проведено кореляційний аналіз отриманих експериментальних даних.

Зведена таблиця 3.4 показників рівня життєвої компетентності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи дозволяє визначити коефіцієнт кореляції (численний R) та коефіцієнт достовірності (R-квадрат) отриманих експериментальних зрізів; рівень Фішера (значущість F) отриманих експериментальних даних протягом 2005-2007 років.

Таблиця 3.4

### Показники рівня життєвої компетентності

Експериментальні зрізи	Експериментальна група		
	Рівень оволодіння		
	низький	середній	високий
1	7,6	92,4	0
2	8,4	89,7	1,9
3	7,6	84,8	7,6
4	8,2	90,3	1,5
5	8	89,6	2,4
6	7,4	84,6	8

Регресійна статистика експериментальних зрізів життєвої компетентності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату наведена у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

### Регресійна статистика показників життєвої компетентності

Численний R			R <sup>2</sup>		
Низ.	Серед	Вис.	Низ.	Серед	Вис.
0,217	0,571	0,560	0,475	0,626	0,613

Отримані дані коефіцієнта кореляції (численного  $R$ ) вказують на „достатнє” значення залежності середнього та високого педагогічного рівня життєвої компетентності відносно лінії тренда, так як вони знаходяться в межах 0,6–0,9.

Коефіцієнт достовірності ( $R$ -квадрат) отриманих показників експериментальних зрізів життєвої компетентності вказує на „середній” і „високий” рівень достовірності отриманих даних, оскільки він наближається до одиниці.

Дисперсійний аналіз (таблиця 3.6) дає нам можливість дослідити рівень Фішера (значущість  $F$ ) для перевірки адекватності отриманих показників життєвої компетентності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Таблиця 3.6

**Показники дисперсійного аналізу експериментальних зрізів життєвої компетентності**

	SS			F			Значущість F		
Рівень оволодіння									
	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий
<b>Регресія</b>	0.037	16.321	17.902	0.199	1.940	1.829	0.067	0.123	0.124
<b>Залишок</b>	0.737	33.652	39.151						

Отримані дані значущості Фішера на низькому рівні  $L = 0,067$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,067 = 0,933$  (тобто 93,3 % довіри); на середньому рівні  $L = 0,123$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,123 = 0,877$  (то б то 87,7 % довіри); на високому рівні  $L = 0,124$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,124 = 0,876$  (тобто 87,6 % довіри).

Обробка показників (таблиця 3.7) оволодіння навичками навчальної діяльності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи дає можливість визначити коефіцієнт кореляції

(численного  $R$ ), який вказує на „достатнє” значення залежності середнього та високого показника лінії тренда, оскільки вони знаходяться в межах 0,6 – 0,9 (таблиця 3.8).

Таблиця 3.7

### Показники діагностики оволодіння навичками навчальної діяльності

Експериментальні зрізи	Експериментальна група		
	Рівень оволодіння		
	низький	середній	високий
1	46,2	53,8	0
2	40,1	55,4	4,5
3	30,4	62	7,6
4	37,8	56	6,2
5	34,6	56,8	8,6
6	27,3	64,2	8,5

Таблиця 3.8

### Регресійна статистика експериментальних зрізів оволодіння навичками навчальної діяльності

Численний $R$			$R^2$		
Низ.	Серед	Вис.	Низ.	Серед	Вис.
0,811	0,853	0,870	0,657	0,627	0,757

Коефіцієнт достовірності ( $R$ -квадрат) отриманих показників експериментальних зрізів оволодіння навичками навчальної діяльності вказує на „високий” рівень достовірності отриманих даних, оскільки він наближається до одиниці.

Дисперсійний аналіз (таблиця 3.9) дає нам можливість дослідити рівень Фішера (значущість  $F$ ) для перевірки адекватності отриманих показників оволодіння навичками навчальної діяльності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Таблиця 3.9

**Показники дисперсійного аналізу експериментальних зрізів  
оволодіння навичками навчальної діяльності**

	SS			F			Значущість F		
Рівень оволодіння									
	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий	Низь- кий	серед- ній	Висо- кий
Регре- сія	153,3 9	36,00	40,74	7,694	2,985	12,476	0,056	0,165	0,026
Зали- шок	79,75	48,27	13,06	–	–	–	–	–	–

Отримані данні значущості Фішера на низькому рівні  $L = 0,067$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,056 = 0,944$  (тобто 94,4 % довіри); на середньому рівні  $L = 0,165$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,165 = 0,835$  (тобто 83,5 % довіри); на високому рівні  $L = 0,026$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,026 = 0,974$  (тобто 97,4 % довіри) показників експериментальних зрізів оволодіння навичками навчальної діяльності.

Обробка показників вміння долати труднощі дитини з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи дає можливість визначити коефіцієнт кореляції (численного R), який вказує на „достатнє” значення залежності середнього та високого показника вміння долати труднощі, оскільки вони знаходяться в межах 0,6 – 0,9 (таблиця 3.10).

Таблиця 3.10

**Показники діагностики вміння долати труднощі**

Експериментальні зрізи	Експериментальна група		
	Рівень оволодіння		
	низький	середній	високий
<b>1</b>	53,8	46,2	0
<b>2</b>	51,4	45,4	3,2
<b>3</b>	46,2	46,2	7,6
<b>4</b>	50,4	45,8	3,8
<b>5</b>	47,3	46,3	6,4
<b>6</b>	45,1	46,8	8,1

Коефіцієнт достовірності (R-квадрат) отриманих показників експериментальних зрізів вміння долати труднощі вказує на „ високий ” рівень достовірності отриманих даних, оскільки він наближається до одиниці (таблиця 3.11).

Таблиця 3.11

**Регресійна статистика експериментальних зрізів вміння долати труднощі**

Численний R			R <sup>2</sup>		
Низ.	Серед	Вис.	Низ.	Серед	Вис.
0,819	0,696	0,799	0,670	0,655	0,639

Дисперсійний аналіз (таблиця 3.12) дає нам можливість дослідити рівень Фішера (значущість F) для перевірки адекватності отриманих шести показників експериментальних зрізів вміння долати труднощі дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Отримані дані значущості Фішера на низькому рівні  $L = 0,067$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,046 = 0,954$  (тобто 95,4 % довіри); на середньому рівні  $L = 0,216$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,216 = 0,784$  (то б то 78,4 % довіри); на високому рівні  $L = 0,056$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,056 = 0,944$  (тобто 94,4 % довіри).

Таблиця 3.12

**Показники дисперсійного аналізу експериментальних зрізів вміння долати труднощі**

	SS			F			Значущість F		
	Рівень оволодіння								
	Низь-кий	Серед-ній	Висо-кий	Низь-кий	Серед-ній	Висо-кий	Низь-кий	Серед-ній	Висо-кий
Регресія	38,036	0,401	30,624	8,155	2,208	7,101	0,046	0,216	0,056
Залишок	18,656	0,727	17,250	–	–	–	–	–	–

Обробка показників самостійності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату експериментальної групи (таблиця 3.13), дає можливість визначити коефіцієнт кореляції (численного R), який вказує на „достатнє” значення залежності середнього та високого показника самостійності лінії тренда, оскільки вони знаходяться в межах 0,6 – 0,9 (таблиця 3.14).

Таблиця 3.13

### Показники діагностики самостійності

Експериментальні зрізи	Експериментальна група		
	Рівень оволодіння		
	низький	середній	високий
1	38	62	0
2	31,4	66,4	2,2
3	22,8	77,2	0
4	32,4	66,5	1,1
5	28,3	70,1	1,6
6	20,4	78,1	1,5

Таблиця 3.14

### Регресійна статистика експериментальних зрізів самостійності

Численний R			R <sup>2</sup>		
Низ.	Серед	Вис.	Низ.	Серед	Вис.
0,721	0,872	0,804	0,520	0,652	0,663

Коефіцієнт достовірності (R-квадрат) отриманих показників експериментальних зрізів самостійності вказує на „високий” рівень достовірності отриманих даних, оскільки він наближається до одиниці.

Дисперсійний аналіз (таблиця 3.15) дає нам можливість дослідити рівень Фішера (значущість F) для перевірки адекватності отриманих показників самостійності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.

## Показники дисперсійного аналізу експериментальних зрізів

	SS			F			Значущість F		
Рівень оволодіння									
	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий	Низь- кий	Серед- ній	Висо- кий
Регресія	109,87	93,497	0,660	4,341	3,305	0,783	0,106	0,143	0,226
Залишок	101,25	113,15	3,372						

Отримані данні значущості Фішера на низькому рівні  $L = 0,1067$  вказують на рівень довіри  $\& = 1 - 0,106 = 0,894$  (тобто 89,4 % довіри); на середньому рівні  $L = 0,143$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,143 = 0,857$  (тобто 85,7 % довіри); на високому рівні  $L = 0,226$  вказує на рівень довіри  $\& = 1 - 0,226 = 0,774$  (тобто 77,4 % довіри) показників експериментальних зрізів самостійності.

Проведений кореляційний аналіз отриманих експериментальних даних життєвої компетентності, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійності дитини з порушеннями опорно-рухового апарату за період проведення експерименту вказує:

- на „достатнє” значення коефіцієнта кореляції (численний R) залежності всіх рівнів педагогічних умов, так як вони знаходяться в межах 0,6 – 0,9;

- на „середній” і „високий” рівень коефіцієнтів достовірності (R-квадрат) отриманих показників експериментальних зрізів педагогічних умов, оскільки вони наближаються до одиниці;

- на високий рівень довіри отриманих показників експериментальних зрізів педагогічних умов Фішера (значущість F) .

Впровадження комплексного, особистісно орієнтованого підходу щодо надання педагогічної, психологічної, медичної допомоги дітям з



порушеннями опорно-рухового апарату, створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, розробка та впровадження програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі дала можливість значно покращити життєву компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійність дитини з вадами опорно-рухового апарату.

Проаналізувавши результати експериментальної роботи, ми встановлювали її ефективність також за наступними показниками:

- відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого;

- відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: вище прогнозованого; прогнозований; нижче прогнозованого;

Крім того, використовувалися ще й додаткові показники:

- відносно реабілітації психофізичних вад розвитку: а) повністю видужали; б) виявили значне покращення психофізичного стану; в) виявили покращення психофізичного стану; г) виявили незначне покращення психофізичного стану; д) залишились без змін психофізичного стану; ж) виявили погіршення психофізичного стану;

- відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей: а) повністю засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися як звичайна здорова людина; б) засвоїли базові життєві компетентності вище середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень; в) в основному засвоїли базові життєві компетентності та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень; г) засвоїли базові життєві компетентності на низькому рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена; д) не вдалося засвоїти базові життєві компетентності, тому залишились соціально неадаптованими.

У процесі реабілітації та соціальної адаптації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату нами були отримані наступні показники їх соціальної адаптованості:

I. За узагальнюючими показниками:

а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку:

- вище прогнозованого - 45,2%;
- прогнозований - 49,4%;
- нижче прогнозованого - 6,4%;

б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей:

- вище прогнозованого - 40,6%;
- прогнозований - 50,8%;
- нижче прогнозованого - 9,6%;

II. За додатковими показниками:

а) відносно реабілітації психофізичних вад розвитку:

- повністю видужали - 15,3%;
- виявили значне покращення психофізичного стану - 29,4%;
- виявили покращення психофізичного стану - 24,7%;
- виявили незначне покращення психофізичного стану - 18,7%;
- залишились без змін психофізичного стану - 11,1%;
- виявили погіршення психофізичного стану - 0,8%;

б) відносно соціальної адаптації та засвоєння базових життєвих компетентностей:

- повністю засвоїли базові життєві компетентності та - 24,9%;  
соціально адаптувалися як звичайна здорова людина

- засвоїли базові життєві компетентності вище - 25,1%; середнього, тому соціально адаптувалися без значних обмежень;

- в основному засвоїли базові життєві компетентності - 29,9%; та соціально адаптувалися у межах звичайних обмежень;

- засвоїли базові життєві компетентності на низькому - 19,4%; рівні, тому соціальна адаптація значно обмежена;

- не вдалося засвоїти базові життєві компетентності (залишилися соціально неадаптованими) 0,7%.

За результатами дослідження зафіксовано чітку позитивну динаміку рівнів інтегрованості дітей з порушеннями ОРА. Так, за даними чотирьох критеріїв, високий рівень інтегрованості до експерименту мали 6,6%, а після експерименту 34,8%; середній – 21,7% (до експерименту) і 49,2% (після експерименту), низький – 70,3% до експерименту, і 19,1% після експерименту.

За якісною оцінкою отриманих результатів, у показниках соматичного здоров'я дітей також відбулися позитивні зміни. Наприкінці педагогічного експерименту кількість дітей, у яких виявився середній рівень кількісних показників стану здоров'я, зросла від 28,5 до 36,6 %, відповідно зменшилася кількість дітей з рівнем нижче середнього і низьким рівнем - на 3,7 і 4,3 %. Отримані дані педагогічного експерименту значною мірою засвідчили підвищення рівня розвитку рухової функції і фізичних якостей дітей з порушеннями ОРА.

За даними дослідження стосовно показників соматичного здоров'я відбулися позитивні зміни: життєвий індекс зріс на 6,83 мл/кг у хлопчиків і на 10,19 мл/кг - у дівчат; силовий індекс відповідно - на 2,95 і 1,97%; індекс Робінсона - на 2,24 і 2,21 ум.од.; індекс Руф'є зменшився у хлопчиків на 2,56 відн.од. і у дівчат - на 2,16 відн.од. За всіма показниками соматичного здоров'я розбіжності виявилися незначними ( $P > 0,05$ ).

Експериментальна програма дозволила значно збільшити загальний обсяг рухової активності. Контрольні вимірювання і оцінка рухової активності дітей з порушеннями ОРА засвідчили значну вірогідність розбіжностей між вихідними і кінцевими результатами педагогічного експерименту. Загальна рухова активність у хлопців збільшилася на 5,81%, фізкультурно-оздоровча - на 7,54 %; у дівчат відповідно - на 6,2 і 6,46%.

Порівняльний аналіз вихідних і кінцевих даних засвідчив, що якісні показники рухової функції “лежання, повороти” у дітей поліпшилися на 0,63 і 1,48 бали, “сидіння” - на 0,92 і 1,2 бали, “повзання” - на 1,55 і 1,23 бали; “стояння” - на 1,38 і 1,42 бали; “ходьба, біг, стрибки” - на 1,32 і 2,32 бали; “керування основними рухами” - на 1,58 і 1,55 бали і “психомоторні рухові уміння” - на 1,44 і 1,45 бали відповідно.

Як хлопці, так і дівчата стали більш товариськими, у них поліпшилося мислення; в іграх вони значно краще проявляли емоційну стійкість і активність, підпорядкованість, стриманість і колективізм. Щодо прояву морально-вольових якостей, то варто зазначити, що переважна більшість дітей стали сміливішими; вони майже позбулися почуття жорстокості; стали впевненішими в своїх діях і менш тривожними; майже зникла залежність від підтримки групи; поліпшився самоконтроль у виконанні завдань реабілітолога; значно зменшився фрустраційний стан.

За всіма показниками психічного стану дітей з порушеннями ОРА різниця між вихідними і кінцевими даними була високо вірогідною -  $P < 0,01- 0,001$ , що свідчить про позитивний вплив експериментальної програми на психічний стан дітей. Незаперечно, що майже всі досліджувані за всіма чинниками психічного стану показали високий рівень оцінок відносно початкових, що не перевищували середнього рівня.

Результатом експериментальної програми стало істотне поліпшення фізичного здоров'я дітей з порушеннями ОРА. Одним із показників стану здоров'я, як відомо, є частота захворювань та їх тривалість. Загалом за навчальний час експерименту сума пропущених через хворобу днів у експериментальній групі склала 6,6%, а в період епідемії грипу, коли майже кожний третій пропустив через хворобу від трьох до шести навчальних днів, у експериментальній групі понад 60% дітей майже не хворіли.

У процесі експерименту кожній дитині з порушеннями ОРА була запропонована індивідуальна програма реабілітації та соціальної адаптації,

яка передбачала послідовне вирішення завдань, пов'язаних з покращенням їх здоров'я, зменшенням інвалідизуючого захворювання, а також залучення до найважливіших форм життєдіяльності та життєзабезпечення (навчання, спілкування, праці, фізичної культури і спорту, побуту, творчості тощо).

Таким чином, результати педагогічного експерименту підтвердили гіпотезу про те, що розроблена методика, яка передбачає комплексний підхід щодо розвитку дітей старшого дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату з метою їх ефективної підготовки до навчання у загальноосвітній школі інтегрованого типу, позитивно вплинула на їх фізичний стан, стимулювала ефективний розвиток їх рухової функції та поліпшення стану їхнього здоров'я.

У ході експерименту було вивчено динаміку змін у стані здоров'я дітей з порушеннями ОРА та членів їх сімей. Для цього нами була розроблена та практично опанована регіональна система персоніфікованого обліку. Слід зауважити, що поняття „стан здоров'я” у нашому дослідженні враховує не тільки певний фізичний стан, але й стан соціальний, тобто всі складові, які впливають на життєву компетентність особи з психофізичними вадами: соціальний статус сім'ї, здатність до розвитку тонкої моторики, мови, рівень соціально-емоційного розвитку, навичок самообслуговування, стан грубої моторики, пізнавальні здібності (пам'ять, увага, мислення, число, грамота, час).

Під час проведення вхідного обстеження згідно з регіональною системою персоніфікованого обліку та системою моніторингу у процесі експерименту було визначено основні рівні сформованості адаптованості дітей з порушеннями ОРА. Ці рівні не були сталими, бо діти під час виконання індивідуальних програм реабілітації та соціальної адаптації намагалися самовдосконалитися, підвищити рівень своєї життєвої компетентності.

Щорічно, під час переобстеження, педагогічні працівники мали змогу визначити зміни у рівнях сформованості життєвої компетентності кожної дитини з порушеннями ОРА, що відбулися протягом року.

Отримані у ході експерименту дані дозволяють нам констатувати, що майже третина досліджуваних з вадами ОРА настільки покращила рівень своєї життєвої компетентності, що перейшла на вищий рівень.

Нами також виявлена закономірність, що чим дорослішим стає дитина з вадами психофізичного розвитку, тим меншими стають показники щодо високих рівнів реабілітації та соціальної адаптації, рівнів сформованості життєвої компетентності, спостерігається певне „затухання” покращення, викликане незворотними процесами, що відбулися в їх організмі внаслідок інвалідизуючого захворювання, несвоєчасною та неякісною соціально-педагогічною роботою, вичерпаними внутрішніми ресурсами та резервами особистості.

Відсоток дітей з порушеннями ОРА, які досягають високого рівня реабілітації та соціальної адаптації, сформованості високого рівня життєвої компетентності, ще залишається незначним. Це пояснюється тим, що сталі психофізичні відхилення не дають їм змогу повністю подолати свої вади та реалізувати на практиці життєвий потенціал, стати повністю самодостатнім.

У процесі експерименту нами був проведений аналіз окремих складових розвитку дітей з порушеннями ОРА: сприйняття та дрібна моторика, когнітивний розвиток, мовленнєвий розвиток, соціально-емоційний розвиток, формування навичок самообслуговування, розвиток грубої моторики.

Щорічно, під час проведення моніторингових тестувань нами викреслювалися графіки формування основних життєвих навичок. У цих графіках зафіксовано три основні показники:

- нормальний розвиток (коли дитина відповідного віку виконує всі визначені для цього віку завдання);
- фактичний розвиток дитини, яка не отримує соціально-педагогічної допомоги за розробленою нами регіональною програмою (у цифровому еквіваленті виражено відсоток розвитку певної навички певного року у порівнянні до нормального розвитку);

- фактичний розвиток дитини, яка у повній мірі приймає участь у реалізації проекту за розробленою нами програмою.

Отримані дані динаміки розвитку дітей з порушеннями ОРА у сфері сприйняття та дрібної моторики (таблиця 3.16) дають змогу зробити висновок, що діти, які у повній мірі отримували корекційно-реабілітаційні послуги за розробленою нами програмою значно швидше набували навичок сприйняття та дрібної моторики.

Таблиця 3.16

**Динаміка розвитку дітей з порушеннями ОРА у сфері сприйняття та дрібної моторики**

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,7	4,5	5,9	7,1
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,6	2,8	5,0	6,6

Нашим дослідженням встановлено, що когнітивний розвиток (таблиця 3.17) також зазнає певної інтенсифікації при реалізації програми педагогічної реабілітації, яка забезпечує дитині з порушеннями ОРА умов когнітивного розвитку. Саме виконання усіх програмних реабілітаційних заходів дало змогу дітям значно скоротити відставання від рівня нормального розвитку.

Таблиця 3.17

**Динаміка когнітивного розвитку дітей з порушеннями ОРА**

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,9	4,8	6,0	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,9	3,0	5,3	6,7

Динаміку мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями ОРА наведено у таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

### Динаміка мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями ОРА

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	3,3	4,5	5,8	7,1
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,7	3,3	4,8	6,3

Першочергову увагу в експериментальній роботі ми приділяли формуванню такої складової адаптованості дітей-інвалідів, як формування навичок у соціально-емоційній сфері (таблиця 3.19). Саме тут особливо інтенсивно розвивається самостійність дитини, її уміння спілкуватися, адекватно реагувати на ситуацію.

Таблиця 3.19

### Динаміка розвитку у дітей з порушеннями ОРА навичок у соціально-емоційній сфері

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,0	3,4	5,3	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	2,0	3,0	4,4	6,5

Одним із першочергових завдань експериментальної роботи щодо інтегрування дітей з порушеннями ОРА було набуття ними навичок самообслуговування, як фактору підвищення самостійності, зменшення залежності від інших людей. Нами проводилися спеціалізовані корегуючі заняття (у тому числі з тими, хто навчався за індивідуальною програмою



вдома), що давало змогу значно покращити самостійність дітей у самообслуговуванні (таблиця 3.20).

Таблиця 3.20

**Динаміка набуття дітьми з порушеннями ОРА навичок  
самообслуговування**

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	3,2	4,3	5,6	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	3,0	4,1	5,3	6,5

Стосовно осіб з вадами опорно-рухового апарату у першу чергу увага приділялась розвитку грубої моторики. У межах програми для кожної особи даної групи розроблялися та реалізовувалися індивідуальні програми фізичної реабілітації, які здійснювалися під керівництвом фахівців, кваліфікованих спеціалістів з фізичної реабілітації з широким застосуванням спеціалізованих пристроїв, тренажерів, гідро- та термотерапії, бальнеологічних процедур, індивідуальних пристроїв тощо (таблиця 3.21).

Таблиця 3.21

**Динаміка розвитку грубої моторики у дітей з порушеннями ОРА**

Здорові однолітки	Вік дітей(років)			
	5	6	7	8
Діти з порушеннями ОРА, які приймали участь у реалізації програми	2,3	4,2	5,4	7,2
Діти з порушеннями ОРА, які не приймали участі у реалізації програми	1,3	3,0	4,4	6,2

Аналізуючи у цілому показники, отримані внаслідок аналізу рівнів розвитку дітей з порушеннями ОРА експериментальної та контрольної

групи, можна дійти висновку, що проведення послідовної, цілеспрямованої, багаторічної реабілітаційної роботи у межах програми дає кращі результати, ніж проведення подібної роботи у традиційних умовах (таблиця 3.22).

Таблиця 3.22

**Порівняльний аналіз формування рівнів розвитку дітей  
з порушеннями ОРА за умови участі у регіональній програмі**

Напрямок адаптованості й інтегрованості	Вік дітей з порушеннями ОРА (років)							
	5		6		7		8	
	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.
Сприйняття та дрібна моторика	2,7/	1,6/	4,8/	2,8/	6,0/	5,0/	7,1/	6,6/
	2,3	3,4	1,2	3,2	1,0	2,0	0,9	1,4
Когнітивний розвиток	2,9/	1,9/	4,8/	3,0/	6,0/	5,3/	7,2/	6,7/
	2,1	3,1	1,2	3,0	1,0	1,7	0,8	1,3
Розвиток мови	3,3/	1,7/	4,5/	3,3/	5,8/	4,8/	7,1/	6,3/
	1,7	3,3	1,5	2,7	1,2	2,2	0,9	1,7
Соціально-емоційний розвиток	2,0/	2,0/	3,4/	3,0/	5,3/	4,4/	7,2/	6,5/
	3,0	3,0	2,6	3,0	1,7	2,6	0,8	1,5
Розвиток самообслуговування	3,2/	3,0/	4,3/	4,1/	5,6/	5,3/	7,2/	6,5/
	1,8	2,0	1,7	1,9	1,4	1,7	0,8	1,5
Груба моторика	2,3/	1,3/	4,2/	3,0/	5,4/	4,4/	7,2/	6,2/
	2,7	3,7	1,8	3,0	1,6	2,6	0,8	1,8

Примітка. Через риску вказано рівень відставання від нормального розвитку. Е - експериментальна група, К — контрольна група.

За даними таблиці 3.23 ми можемо констатувати, що середній рівень відставання дітей з порушеннями ОРА, які не приймали участь у педагогічному експерименті в межах програми, від показників нормального розвитку в два рази більший ніж у осіб експериментальної групи, які взяли участь у експериментальній роботі. Ці дані у осіб контрольної групи становлять 2,38, у осіб експериментальної групи - 1,53.

**Порівняльна характеристика ступеня відставання в розвитку осіб  
з обмеженими можливостями**

Напрямок адаптованості й інтегрованості	Вік дітей з порушеннями ОРА(років)							
	5		6		7		8	
	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.	Е.	К.
Сприйняття та дрібна моторика	2,3	3,4	1,5	3,2	1,1	2,0	0,9	1,4
Когнітивний розвиток	2,1	3,1	1,2	3,0	1,0	1,7	0,8	1,3
Розвиток мови	1,7	3,3	1,5	2,7	1,2	2,2	0,9	1,7
Соціально-емоційний розвиток	3,0	3,0	2,6	3,0	1,7	2,6	0,8	1,5
Розвиток самообслуговування	1,8	2,0	1,7	1,9	1,4	1,7	0,8	1,5
Груба моторика	2,7	3,7	1,8	3,0	1,6	2,6	0,8	1,8
Середній рівень відставання	2,26	3,08	1,71	2,8	1,33	2,13	0,83	1,53
Загальний середній показник	Експериментальна група - 1,53 Контрольна група – 2,38							

Для перевірки гіпотези про значущість відмінностей середнього значення відставання в експериментальній та контрольній групі ми використовували критерій Стюдента. В таблиці 3.24. наведені вихідні дані та результати розрахунків.

Результати розрахунків свідчать, про статистичну значущість розбіжності середніх, оскільки емпіричне значення критерію Стюдента  $|t| = 74,226$  значно перевищує критичне значення  $1,96$ .

Для обґрунтування висновків про те, що після експерименту розподіли дітей експериментальних та контрольних груп за рівнями адаптованості та інтегрованості значущо відрізнялися, ми використовували статистичний критерій Пірсона  $\chi^2$  [158].

**Вихідні дані та результати розрахунків за критерієм Стьюдента  
про значущість розбіжності середнього значення відставання  
в експериментальній та контрольній групі**

Статистичний показник		Значення
Середній рівень відставання в експериментальній групі	$X1$	1,53
Середній рівень відставання в контрольній групі	$X2$	2,38
Обсяг експериментальної групи	$n1$	50
Обсяг контрольної групи	$n2$	50
Стандартне відхилення показника в експериментальній групі	$s1$	0,81
Стандартне відхилення показника в контрольній групі	$s2$	0,94
Емпіричне значення критерію Стьюдента	$t$	-74,226
Критичне значення критерію Стьюдента ( $df = n1 + n2 - 2$ , $p < 0,05$ )	$t_{крит}$	1,96

Критерій Пірсона  $\chi^2$  використовується для порівняння двох емпіричних розподілів, або емпіричного та теоретичного розподілів. В нашому випадку ми досліджуємо два емпіричних розподіли – розподіли дітей експериментальної та контрольної групи за рівнями інтегрованості та адаптованості.

Для проведення розрахунків ми склали ряд кореляційних таблиць. Вихідні дані для усіх розрахунків наведені у таблиці 3.25, а результати обчислювань наведено у таблиці 3.26.

Розрахунки підтверджують нашу гіпотезу про те, що в результаті експерименту відбулись суттєві зміни в експериментальній групі. В 5 років розбіжності між дітьми контрольної та експериментальної групи не значущі (емпіричне значення критерію, відповідно, 13,353, критичне – 20,52, значимість  $p < 0,001$ ). Починаючи з 6 років відмінності стають надалі статистично значущі, емпіричне значення критерію, відповідно 149, 296 ( 6 років), 119,902 ( 7 років), 148,129 ( 8 років), що значно перевищує критичне значення критерію 20,52 ( $p \leq 0,001$ ).

Таблиця 3.25

**Розподіл дітей експериментальної та контрольної групи  
за рівнями адаптованості та інтегрованості**

Рівень адаптованості та інтегрованості	Група		Разом
	Е	К	
Нульовий	5	9	14
Початковий	19	18	37
Недостатній	14	14	28
Задовільний	9	7	16
Добрий	2	1	3
Відмінний	1	1	2
Разом	50	50	100

Таблиця 3.26

**Порівняння сформованості рівнів адаптованості та інтегрованості  
дітей з порушеннями ОРА експериментальної та контрольної групи  
за критерієм Пірсона  $\chi^2$**

Вік	Емпіричне значення критерію Пірсона $\chi^2$	Критичне значення критерію Пірсона $\chi^2$ ( $\nu=5, p \leq 0,001$ )	Розбіжності
5 років	13,353	20,52	Не значущі
6 років	149,296	20,52	Значущі
7 років	119,902	20,52	Значущі
8 років	148,129	20,52	Значущі

Паралельно із вивченням впливу регіональної програми на процеси реабілітації та соціальної адаптації дітей з порушеннями ОРА при проведенні експерименту було з'ясовано ставлення батьків та членів сімей до системи роботи, визначена оцінка ними якості та ефективності процесу адаптованості та інтегрованості осіб даної категорії (таблиця 3.27).

В обстеженні взяли участь 225 батьків та членів сімей дітей з порушеннями ОРА, які брали участь в анкетуванні, відповідали на питання щодо якості організації реабілітаційного процесу.

**Порівняльна характеристика оцінки членами сім'ї якості  
процесу адаптованості та інтегрованості дітей з порушеннями ОРА**

Варіанти відповідей	2005-2006 рр.				2006-2007 рр.				2007-2008 рр.			
	Е		К		Е		К		Е		К	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Задоволений повністю	19	13,1	15	13,5	23	20,8	16	14,4	29	26,2	18	15,7
Задоволений	22	19,9	23	19,6	30	27,6	24	21,0	37	33,0	25	21,8
Задоволений в основн- ому	23	21,3	24	21,0	20	18,6	26	22,7	20	18,1	27	23,6
Задоволений частково	28	25,8	29	25,8	21	19,0	27	23,6	14	13,1	25	22,3
Не задоволений	15	13,6	16	13,5	11	9,5	15	13,1	7	5,9	15	12,7
Не визначився	7	6,3	7	6,6	5	4,5	6	5,2	4	3,6	5	3,9
Разом	114	100	114	100	110	100	114	100	111	100	115	100

Якщо на початок експериментальної роботи задоволених нашою роботою членів сімей було тільки 13,1% (у контрольній групі 13,5%), то на кінець експерименту їх було вже 34,4% (у контрольній тільки 18,3%). Дані таблиці дозволяють зазначити, що з року в рік позиція батьків і членів сімей дітей-інвалідів швидко змінювалась на позитивну.

Для проведення розрахунків ми склали ряд кореляційних таблиць, а результати обчислювань наведено у таблиці 3.28.

Розрахунки підтверджують нашу гіпотезу про те, що в результаті експерименту відбулись суттєві зміни в оцінці батьками та членами сімей експериментальної роботи в межах запропонованої нами програми.

**Порівняння оцінки членами сімей якості процесу адаптованості та інтегрованості осіб з обмеженими можливостями за критерієм**

**Пірсона  $\chi^2$**

<b>Роки</b>	<b>Емпіричне значення критерію Пірсона <math>\chi^2</math></b>	<b>Критичне значення критерію Пірсона <math>\chi^2</math> (<math>\nu= 5, p \leq 0,001</math>)</b>	<b>Відмінності</b>
2005-2006	0,032	20,52	Не значущі
2006-2007	8,121	20,52	Не значущі
2007-2008	23,980	20,52	Значущі

Отже, підсумовуючи результати експерименту, можна зазначити, що отримані дані повністю підтвердили наше припущення, згідно з яким процес підготовки дітей з порушеннями ОРА до навчання в загальноосвітній школі може бути більш ефективним за наявності відповідної програми діяльності мультидисциплінарної команди фахівців, які будуть використовувати розроблені педагогічні умови організації корекційно-реабілітаційної роботи в дитячих дошкільних закладах інтегрованого типу.

Проведений кореляційний аналіз отриманих експериментальних даних вказує на:

- «достатнє» значення коефіцієнта кореляції (численний R) залежності всіх рівнів педагогічних умов, так як вони знаходяться в межах 0,6 – 0,9;

- «середній» і „ високий ” рівень коефіцієнтів достовірності (R-квадрат) отриманих показників експериментальних зрізів педагогічних умов, оскільки вони наближаються до одиниці;

- «високий рівень» довіри отриманих показників експериментальних зрізів педагогічних умов Фішера (значущість F).

За результатами дослідження зафіксовано чітку позитивну динаміку рівнів інтегрованості дітей з порушеннями ОРА. Так, за даними чотирьох

критеріїв, високий рівень інтегрованості до експерименту мали 6,6 %, а після експерименту 34,8 %; середній – 21,7 % (до експерименту) і 49,2 % (після експерименту), низький – 70,3 % до експерименту, і 19,1 % після експерименту.

Паралельно під час проведення експерименту було з'ясовано ставлення батьків та членів сімей до системи роботи, визначена оцінка ними якості та ефективності процесу адаптованості та інтегрованості осіб даної категорії. Якщо на початок експериментальної роботи задоволених членів сімей було тільки 13,1 % (у контрольній групі 13,5 %), то на кінець експерименту їх було вже 34,4 % (у контрольній тільки 18,3 %).

Застосування педагогічних умов підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчальної діяльності (створення ігрового освітньо-виховного середовища щодо надання комплексної педагогічної, психологічної, медичної допомоги дітям з порушеннями ОРА в дошкільному закладі, впровадження в практику діяльності дошкільних закладів експериментальної програми підготовки дітей до навчання на основі особистісно орієнтованого підходу і психолого-педагогічного супроводу дітей з вадами ОРА та членів їх сімей) дозволило з достатньою ефективністю адаптувати дітей до умов сучасного загальноосвітнього середовища і значно покращити рівень їх готовності до навчання в школі інтегрованого типу.



## ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів проведеного експериментального дослідження дозволили нам сформулювати такі висновки:

1. Науково-теоретичний аналіз стану вивченості проблеми підготовки дітей з обмеженими психофізичними можливостями до навчання в школі у загальній та спеціальній літературі показав, що майже всі дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів мають спільний погляд щодо необхідності раннього корекційного втручання, організації інклюзивного навчання і виховання дітей з вадами розвитку, формування їх життєвої компетенції та адаптації у суспільстві.

Аналіз наукової літератури вказує, що питання підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, фактори, що визначають її ефективність, у теоретико-прикладному плані залишаються недостатньо вивченими.

2. Розгляд особливостей розвитку дітей старшого дошкільного віку з вадами опорно-рухового апарату свідчить про те, що порушення такого типу, перш за все, викликають затримку моторного розвитку, яка негативно впливає на формування нервово-психічних функцій при підготовці цих дітей до навчання в школі та адаптацію їх у дитячому середовищі.

3. Діагностика за розробленими критеріями рівнів готовності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в школі вказує на те, що існує наявна необхідність організації комплексної корекційно-реабілітаційної роботи з такими дітьми, створення адекватних умов їх підготовки до навчальної діяльності, розробки та впровадження індивідуальних програм психофізичного розвитку та інтеграції дітей з вадами ОРА в загальноосвітній простір.

4. З урахуванням результатів констатувального експерименту визначено, що процес підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання відбувається більш ефективно за таких педагогічних умов:

- організація діяльності дошкільних закладів повинна здійснюватися на основі особистісно орієнтованого підходу щодо надання комплексної корекційної, психологічної, педагогічної, медичної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату та батькам таких дітей і членам їх сімей;

- створення ігрового освітньо-виховного середовища в дошкільному загальноосвітньому закладі, спрямованого на адаптацію, розвиток активності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у навчальній діяльності;

- впровадження в режим роботи дошкільних закладів Програми підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі, яка ґрунтується на основі психолого-педагогічного супроводу дітей та членів їх сімей з визначенням функцій дефектолога, педагога, вихователя, психолога, інструктора ЛФК, соціального працівника, волонтера.

5. Впровадження в практику діяльності дошкільних закладів педагогічних умов і програми підготовки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі дозволило не тільки надати корекційну допомогу таким дітям, адаптувати їх до навчання в загальноосвітній школі інтегрованого типу, але й при цьому відтворити значні позитивні зміни у емоційних показниках готовності дитини до навчальної діяльності: виховування співпереживання, співчуття, бажання пізнавати себе, оточуючих людей та допомагати їм, робити добрі вчинки.

6. Проведений педагогічний експеримент, аналіз його результатів, отриманих за допомогою розробленої системи критеріїв, показали досить

стійку позитивну динаміку загального рівня розвитку дітей, залучених до експериментальної роботи. Зафіксовано чітку позитивну динаміку рівнів адаптованості дітей-інвалідів: високий рівень адаптованості до експерименту мали 6,6%, а після експерименту - 34,8%; середній – 21,7% (до експерименту) і 49,2% (після експерименту), низький – 70,3% до експерименту, і 19,1% після експерименту.

7. Результати досліджень дозволили розробити регіональну модель інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітній простір, яка передбачає нормативно-правове забезпечення на державному та регіональному рівнях, комплексний медико-психолого-педагогічний супровід дітей з психофізичними вадами та членів їх сімей, педагогічну підтримку, створення умов адаптації таких дітей в загальноосвітньому просторі.

Дисертаційне дослідження не вичерпує всіх аспектів вивченої проблеми. Подальшого вивчення потребують питання, пов'язані зі взаємодією освітньо-виховних закладів та закладів спеціальної освіти у процесі здійснення корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми, які мають порушення психофізичного розвитку.

**Додаток А**  
**Анкета для батьків**

Прізвище та ім'я дитини \_\_\_\_\_

Стать дитини \_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_

Діагноз дитини \_\_\_\_\_

Супутні захворювання дитини \_\_\_\_\_

*Питання, пов'язані з перебуванням вдома*

1. Склад сім'ї (підкреслити): *повна* , *неповна*;

брати \_\_\_\_\_,

сестри \_\_\_\_\_

2. З ким із дорослих дитина проводить більшість часу вдома

\_\_\_\_\_ .

3. Як ставиться дитина до своїх близьких вдома (підкреслити): з *любов'ю*, з *повагою*, з *роздратованістю*, з *ненавистю до оточуючих*.

4. Що ви хотіли б виправити у поведінці вашої дитини

\_\_\_\_\_ , у характері вашої дитини \_\_\_\_\_ .

5. Чим захоплюється дитина вдома (улюблені заняття)

\_\_\_\_\_ , чи має дитина

якісь обов'язки вдома \_\_\_\_\_ , які \_\_\_\_\_ .

*Питання, пов'язані з перебуванням у дитячому садку*

1. У якому дошкільному (д/с) навчається дитина

\_\_\_\_\_ , який рік \_\_\_\_\_ .

2. Бажання дитини навчатись у дитячому садку, у загальноосвітній школі (підкреслити): *хоче навчатись*, *байдужа до навчання*, *не хоче*.

3. Що приваблює вашу дитину в дитячому садку

\_\_\_\_\_ .

4. З яким настроєм повертається дитина додому після навчання в дитячому садку (підкреслити): *гарним настроєм, задоволеним, пригніченим, роздратованим, таким самим настроєм як і до відвідування школи.*

5. Чи з'явилося щось нове в поведінці вашої дитини з початку відвідування дитячого садка (підкреслити): *став більш самостійним, спокійним, поступливим, більше допомагає по господарству, з'явилися нові звички \_\_\_\_\_, нові захоплення \_\_\_\_\_.*

6. Чи розповідає вам дитина про заняття в дитячому садку \_\_\_\_\_, що подобається більше за все у школі \_\_\_\_\_, що не подобається \_\_\_\_\_.

7. Чи розповідає вам дитина про свої стосунки з однолітками \_\_\_\_\_, їхні дії у відношенні до вашої дитини (*дружні, співчуваючі, байдужі, діти не йдуть на контакт з вашою дитиною, агресивні у відношенні до вашої дитини*) \_\_\_\_\_.

8. Які очікування та сподівання у батьків від навчання дитини в загальноосвітній школі \_\_\_\_\_

9. Ваші побажання \_\_\_\_\_

Дата проведення обстеження

\_\_\_\_\_

**Додаток Б**  
**Анкета для батьків**

<b>Запитання для батьків</b>	<b>Відповідь батьків</b>	<b>Експериментальна група (%)</b>	<b>Контрольна група (%)</b>
Чим захоплюється дитина вдома?	комп'ютер (приставка)	15	17
	мультфільми	2	12
	читання	4	3
	малювання	47	36
	іграшки	5	8
	складає конструктор	6	4
	ігри	19	17
	танці	1	0
	спів	1	3
Які дитина має обов'язки вдома?	прибирання власних речей	53	48
	миття посуду	17	9
	замітання	3	12
	утримання порядку (у кімнаті)	14	8
	допомога по господарству	6	4
	магазин	5	2
	немає	2	17
Чи має бажання навчатись у дит. садку?	хоче навчатись	87	74
	не хоче	9	12
	байдужа	4	14
Що приваблює дитину у дит. садку?	спілкування із дітьми	38	41
	навчання	44	25
	ігри	6	18
	вихователь	3	7
	читання	4	6
	спів	5	3
Чи з'явилося щось нове у поведінці дитини?	стала більш самостійною	65	52
	більше допомагає по господарству	32	27
	стала більш поступливою	3	21

Нові захоплення дитини?	малює	49	34
	шиє	2	1
	читає	24	18
	майструє	7	4
	займається спортом	1	3
	розвиває культурні і гігієнічні навички	1	0
	співає	3	2
	немає	5	15

## Додаток В

### Робота дефектолога з батьками

#### *Рекомендації батькам:*

- перебороти власний авторитаризм і побачити світ з позиції дитини;
- ставитися до своєї дитини як до рівної собі і розуміти, що неприпустимо порівнювати її з іншими дітьми;
- знати сильні і слабкі сторони дитини і враховувати їх;
- виявляти щире зацікавлення у діях дитини і бути готовим до емоційної підтримки;
- розуміти, що шляхом однобічного впливу нічого не можна зробити (у дорослих з дитиною повинні бути гарні довірчі стосунки).

#### *Рекомендації корекційного педагога батькам дітей з вадами в розвитку:*

1. Усвідомити, що тільки загальними зусиллями родини й освітньої установи можна допомогти дитині впоратися з її дефектом.
2. Пам'ятати про те, що дитина – унікальна особистість (потрібно цінувати її індивідуальність, підтримувати і розвивати дитину).
3. У батьках і педагогах дитина повинна бачити людей, готових особисто її підтримати і прийти на допомогу.
4. Педагогам – виховувати в дітях безмежну повагу до батьків, що дали їм життя і приклали багато щиросердечних і фізичних зусиль для того, щоб вони росли здоровими і були щасливі.
5. Батькам – вселяти дитині довіру до педагога й активно брати участь у корекційно-освітньому і виховному процесі.
6. Батькам і педагогам – змінити своє ставлення до виховання і розвитку дітей із обмеженими можливостями, розглядати дітей як мистецтво діалогу з конкретною дитиною на основі знань психологічних особливостей віку, з огляду на попередній досвід дитини, її інтереси, здібності і труднощі, що проявилися в родині й освітній установі.



8. Батькам і педагогам – перейнятися почуттям щирої поваги до того, що створюється самою дитиною (розповідь, пісенька, виріб, малюнок і т. д), захоплюватися її ініціативою і самостійністю, що сприяє формуванню в дитини впевненості в собі і своїх можливостях.

9. Батькам і педагогам – виявляти розуміння, делікатність, терпимість і такт при вихованні і навчанні дітей. Допомогати знаходити дитині свою крапку зору в різних ситуаціях і не ігнорувати її почуття й емоції.

10. Регулярно, у процесі індивідуального спілкування з батьками, обговорювати всі питання, пов'язані з вихованням і розвитком дітей.

**Додаток Г**  
**Життєва компетентність**

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Стать дитини \_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_

Діагноз дитини \_\_\_\_\_

Супутні захворювання дитини \_\_\_\_\_

У якому дошкільному (д/с), шкільному закладі навчається дитина  
\_\_\_\_\_, який рік \_\_\_\_\_

**Особливості спілкування з однолітками**

*(підкреслити відповідь дитини)*

а) дитина може підійти до незнайомої дитини і що-небудь запитати або поспілкуватись з нею (підкреслити): *може, дуже рідко, ніколи;*

б) дитина часто вступає в суперечки та конфлікти зі своїми однолітками (підкреслити): *часто, інколи, дуже рідко;*

в) як поводить себе дитина, коли інша дитина засмучена або плаче (підкреслити): *співчуває, намагається заспокоїти, ніяк не реагує.*

**Формування навичок самообслуговування**

*(обвести в коло обрану відповідь)*

а) одягання, роздягання *(самостійно володіє тими чи іншими навичками, потребує тієї чи іншої дрібної допомоги, не володіє – які допоміжні пристрої потрібні \_\_\_\_\_ )*;

б) вмивання, миття *(самостійно володіє навичками, потребує тієї чи іншої дрібної допомоги, не володіє – які допоміжні пристрої потрібні \_\_\_\_\_ )*;

в) туалет *(самостійно володіє навичками, потребує тієї чи іншої дрібної допомоги, не володіє – які допоміжні пристрої потрібні \_\_\_\_\_ )*;

г) приймання їжі, годування (*самостійно володіє навичками, потребує тієї чи іншої дрібної допомоги, не володіє – які допоміжні пристрої потрібні \_\_\_\_\_*);

д) пересування (*самостійно володіє навичками, потребує тієї чи іншої дрібної допомоги, не володіє – які допоміжні пристрої потрібні \_\_\_\_\_*).

### ***Взаємодія дитини з близькими дорослими***

а) дитина виконує вправу, яка в неї не виходить (підкреслити): *дитина звернеться за допомогою до своїх близьких, буде виконувати вправу сама, звернеться за допомогою до будь-кого поблизу;*

б) дитина часто конфліктує з близькими (підкреслити): *ніколи, інколи, часто*

### ***Мовленнєвий розвиток дитини***

1. Особливості загальної і дрібної моторики, артикуляційного та фонематичного апарату:

а) зробити за завданням вчителя деякий рух або вправу, визначити, як дитина орієнтується у просторі, координує рухи (підкреслити):

- стоїть на одній нозі 6 сек., з 2–3 спроб – на кожній нозі (*добре, недостатньо, не робить*);

- йде по мотузці на підлозі – вперед, назад, вбік (*добре, недостатньо, не робить*);

- стрибає назад – 6 стрибків (*добре, недостатньо, не робить*);

- стрибає через кубик висотою 10 см (*добре, недостатньо, не робить*);

- ловить великий м'яч, малий м'яч, стрибаючий м'яч двома руками (*добре, недостатньо, не робить*);

- кидає м'яч прицільно в заданому напрямку – влучити в ціль з відстані 2 метрів (*добре, недостатньо, не робить*);

б) координація в системі „око – рука” – дитина може правильно перенести у зошит простий графічний малюнок (підкреслити): *може, нечітко, погано*);

в) взяти в руку олівець та написати що-небудь або ножиці вирізати що-небудь (підкреслити):

- імітує малювання квадрата, трикутника, кола (*володіє впевнено, недостатньо, погано*);

- з'єднує крапки (*володіє впевнено, недостатньо, погано*);

- зав'язує вузол (*володіє впевнено, недостатньо, погано*);

- може вирізати фігуру ножицями (*володіє впевнено, недостатньо, погано*);

г) дитина повинна розповісти що-небудь за завданням вихователя – визначити, чи є порушення в фонематичній будові мови, у звукомовленні, мова чітка: *немає, є значні порушення, погано вимовляє*).

### ***Особливості реагування на свої недоліки***

Як дитина поводить себе при виконанні завдання, яке їй не під силу виконати через свої вади (підкреслити): *нервує, весь час намагається виконати вправу, швидко припиняє дію*.

### ***Емоційний стан***

а) чи може дитина визначити характер свого емоційного почуття (підкреслити): *неспокійний стан, спокійний, схвилюваний, відчуття страху*;

б) як часто змінюється настрій у дитини впродовж заняття (підкреслити): *інколи, часто, завжди*;

в) вміння „відтворити” емоції за поданим зразком – *дитина втомилась та відмовляється від дій, але уявляємо якусь казкову ситуацію і дитина продовжує розпочату справу* (підкреслити): *так, інколи, ніколи*.

### Оцінювання показників діагностики миміки

Зміст методики	Рівень оцінювання		
	Низький	Середній	Високий
Дитині даються словесні завдання для вираження обличчям емоційного стану людини	Дитина не може виконати словесні вказівки дорослого щодо мимічного вираження основного емоційного стану людини	Може виконати деякі словесні вказівки дорослого, а деякі плутає	Може правильно виконати всі словесні вказівки дорослого щодо мимічного вираження основного емоційного стану людини

Дата проведення обстеження \_\_\_\_\_

## Додаток Д

### Оволодіння навичками навчальної діяльності

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Стать дитини \_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_

Діагноз дитини \_\_\_\_\_

Супутні захворювання дитини \_\_\_\_\_

У якому дошкільному (д/с), шкільному закладі навчається дитина \_  
\_\_\_\_\_, який рік \_\_\_\_\_

#### **Сформованість розумових дій**

*(підкреслити)*

а) чим відрізняються два предмета – формою, розміром, кольором (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);

б) що спільного та різного у двох предметах (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);

в) які з предметів схожі, які відрізняються (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);

г) який із предметів несхожий з іншими (відповідь – *вірна, плутається, невірна*).

#### **Оцінка образно-логічного мислення**

„Пора року”

Дитині показують картинку (рис. Д.1) і просять, уважно подивившись на неї, сказати, яка пора року зображена на кожній частині даного малюнка.

За відведений на виконання цього завдання час (2 хв) дитина повинна буде не тільки назвати відповідну пору року, але й обґрунтувати свою думку, тобто пояснити, чому вона так думає, указати ті ознаки, які, на її думку свідчать про те, що на даній частині малюнка зображено саме цю, а не будь-яку іншу пору року.

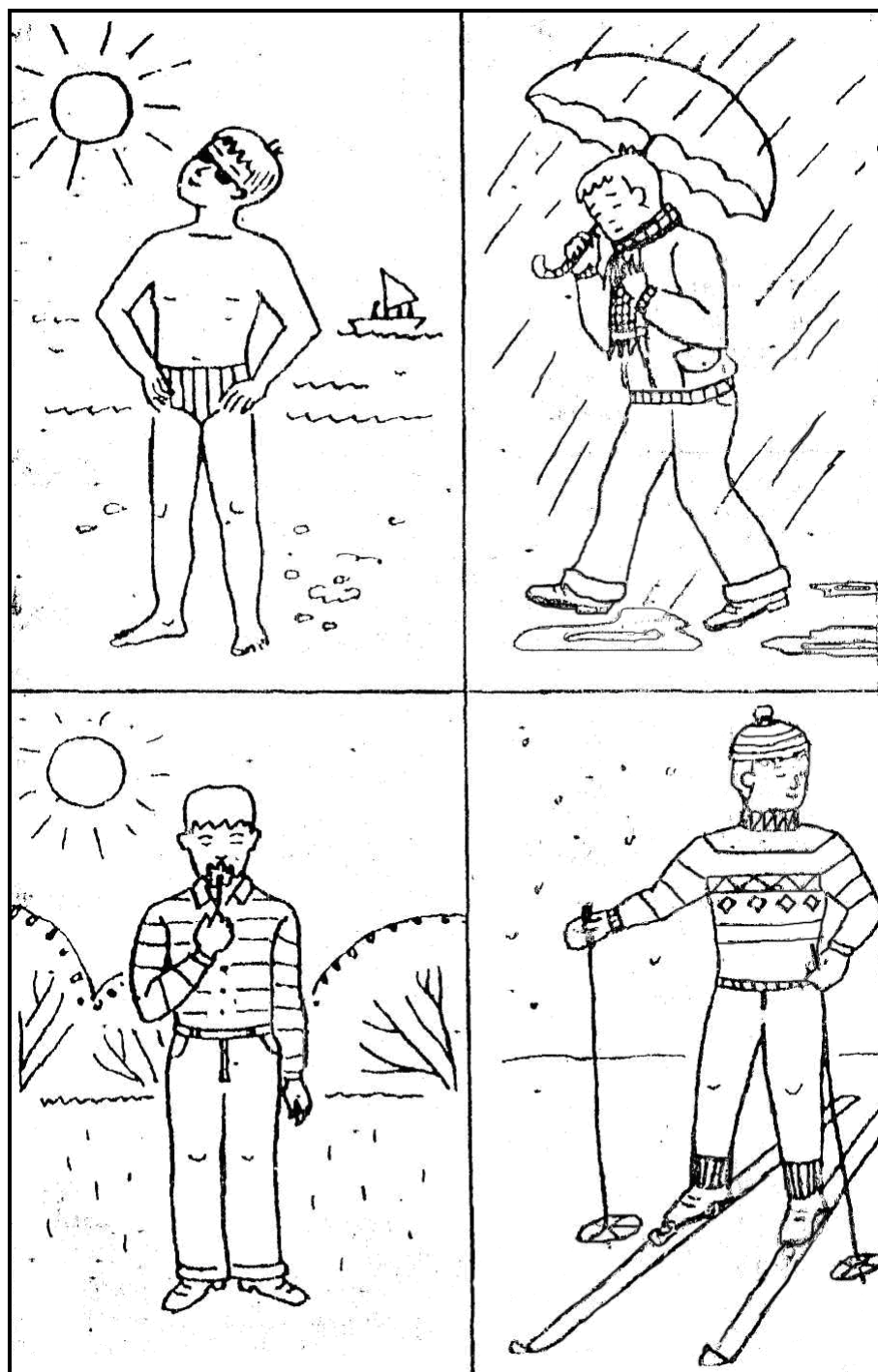


Рис. Д.1. Картинки до методики „Пори року”.

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб:

10 балів – за відведений час дитина правильно назвала і пов’язала всі картинки з порами року, указавши на кожній із них не менше ніж дві ознаки, які свідчать про те, що на картинці зображено саме дану пору року (усього не менше, ніж 8 ознак за всіма картинками);

8–9 балів – дитина правильно назвала і пов'язала з потрібними порами року всі картинки, указавши при цьому 5–7 ознак, що підтверджують його думку, на всіх картинках разом.

6–7 балів – дитина правильно визначила на всіх картинках пори року, але вказала тільки 3–4 ознаки, що підтверджують її думку;

4–5 балів – дитина правильно визначила пору року тільки на одній-двох картинках із чотирьох і вказала тільки 1–2 ознаки на підтвердження своєї думки;

0–3 бали – дитина не змогла правильно визначити жодної пори року і не назвала точно жодної ознаки (різна кількість балів, від 0 до 3, ставиться залежно від того, намагалася чи не намагалася дитина це зробити).

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;

7–4 балів – середній;

3–0 бали – низький.

### „Нісенітниці”

За допомогою цієї методики оцінюються елементарні образні уявлення дитини про навколишній світ і про логічні зв'язки й відносини, що існують між деякими об'єктами світу: тваринами, їхнім способом життя, природою. За допомогою цієї ж методики визначається вміння дитини міркувати логічно й граматично правильно виражати свою думку.

Процедура проведення методики така. Спочатку дитині показують картинку (рис. Д.2). У ній є досить безглузді ситуації з тваринами.

Під час розглядання картинки дитина одержує інструкцію приблизно такого змісту:

„Уважно подивися на цю картинку й скажи, чи все тут перебуває на своєму місці й правильно намальовано. Якщо що-небудь тобі здається не так, не на місці або неправильно намальовано, то вкажи на це й поясни, чому це не так. Далі ти повинен будеш сказати, як насправді повинно бути”.





Рис. Д.2. Картинка до методики „Нісенітниці”.

*Примітка.* Обидві частини інструкції виконуються послідовно. Спочатку дитина просто називає всі нісенітниці й указує їх на картинці, а потім пояснює як повинно бути.

Час експозиції картинки й виконання завдання обмежений трьома хвилинами. За цей час дитина повинна помітити якнайбільше безглузвих ситуацій і пояснити, що не так, чому не так і як повинно бути.

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб:

10 балів – така оцінка ставиться дитині в тому випадку, якщо за відведений час (3 хв.) вона помітила всі 7 наявних на картинці нісенітниць, встигла задовільно пояснити, що не так, і, крім того, сказати, як насправді повинно бути;

8–9 балів – дитина помітила і відзначила всі наявні нісенітниці, але від однієї до трьох із них не зуміла до кінця пояснити або сказати, як насправді повинно бути;

6–7 балів – дитина помітила і відзначила всі наявні нісенітниці, але три-чотири не встигла до кінця пояснити й сказати, як насправді повинно бути;

4–5 балів – дитина помітила всі наявні нісенітниці, але 5–7 із них не встигла за відведений час до кінця пояснити й сказати, як насправді повинно бути;

2–3 бали – за відведений час дитина не встигла помітити 1–4 з 7 наявних на картинці нісенітниць, а до пояснення справа не дійшла;

0–1 бал – за відведений час дитина встигла виявити менше ніж чотири із семи наявних нісенітниць.

*Примітка.* 4 і більше балів у цьому завданні дитина може одержати тільки в тому випадку, якщо за відведений час вона повністю виконала першу частину завдання за інструкцією, тобто виявила всі 7 нісенітниць, наявних на картинці, але не встигла або назвати їх, або пояснити, як насправді повинно бути.

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;

7–4 балів – середній;

3–0 бала – низький.

### ***Научуваність***

- а) що розглядали на уроці (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);
- б) як групували предмети – за якими ознаками (відповідь – *вірна, плутається, невірна*).

### ***Рівень загальної обізнаності***

- а) - який колір предмета (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);
- якої форми цей предмет (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);

б) відстань до предмета: далі, ближче, вгорі, внизу, попереду, позаду (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);

в) скільки предметів (відповідь – *вірна, плутається, невірна*);

г) який предмет відображено (відповідь – *вірна, плутається, невірна*).

### **Словоскладання**

1. Звуковимова – вчителем читається короткий текст і дитина повинна його переказати: *у переказі є неточності, заміна слів, змішування слів.*

2. Лексичний бік мовлення:

а) дитина виконує дії за словесною інструкцією: *виконує, плутається, не виконує;*

б) відповідає, що відображено на малюнках (*відповідає, плутається, не відповідає*).

3. Граматична будова мовлення:

а) замінити одне слово іншим за значенням: *відповідає, плутається, не відповідає*);

б) з декількох слів скласти словосполучення: *відповідає, плутається, не відповідає*).

4. Зв'язне мовлення:

а) скласти речення за малюнком: *може, погано, не може;*

б) розповідь за малюнками: *може, погано, не може;*

в) переказ відомої казки: *може, погано, не може.*

### **„Придумай і вимов нове слово”**

Експериментатор задає дитині шістнадцять питань про чотири дії людей і з'ясовує уявлення дитини про те, як, на його думку, називаються професії чоловіка, жінки, установа, в якій здійснюється дія, продукт, одержуваний у результаті дії. Наприклад, дія – пекти. Експериментатор запитує:

1. Як можна назвати людину, що багато пече?

2. Як можна назвати дружину пекаря, що теж багато пече?
3. Пекар і пекарка працюють у певному місці.
4. Як називається продукт їхньої роботи?
5. ...?

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб: експериментатор зараховує 2 бали за правильне утворення слів, 1 бал – за вірне смислоутворення й 0 балів за утворення слів від іншого кореня. У таблиці Д.1 наведені варіанти пропонованих дій і слова, утворені від них.

Таблиця Д.1

### Варіанти дій і словотвору до завдання „Придумай і вимов нове слово”

Дія	Індекс дії й варіант словотвору			
	Чоловік	Жінка	Місце роботи	Продукт
1. Пекти	Пекар	Пекарка	Пекарня	Печиво
1. Друкувати	Друкар	Друкарка	Друкарня	Книги
3. Столярувати	Столяр	Столярша	Столярня	Стіл, стілець
4. Ткати	Ткач	Ткаля	Ткацька	Тканина

*Висновки про рівень розвитку:*

6–8 балів – високий;

2–5 балів – середній;

0–1 бал – низький.

Якщо після трьох завдань не буде правильних відповідей, то тестування припиняється.

### „Склади речення”

Експериментатор називає дитині два-три слова, з яких він повинен скласти закінчені за змістом речення. Якщо дитині складно назвати правильну відповідь, експериментатор повинен йому допомогти одним прикладом. Зразки завдань і відповідей наведені в таблиці Д.2.

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб:

2 бали дитина одержує, якщо використані всі слова;

1 бал – є синтаксичні помилки;

0 балів – використовуються не всі слова.

Таблиця Д.2

**Зразки завдань і відповідей до завдання „Склади речення”**

Зразки слів	Зразки відповідей	Бали
1. Мати – працювати – сад	Мати працює в саду.	
2. Яблуко – кусати	Я кусаю яблуко.	
3. Двір – лежати – собака	У дворі лежить собака й спить.	
4. Дитина – швидко – бігти.	Дитина швидко бігає.	
5. Радіти – батько – подарунок	Батько дуже радіє подарунку.	
6. Крісло – лікар – сидіти	Лікар сидить у кріслі..	
7. Цукор – солодкий	Цукор солодкий.	
8. Плакати – сумувати	Я плачу, тому що сумую.	
9. Сонце – холодний	Сонце світить, але ще холодно.	

*Висновки про рівень розвитку*

15–18 балів – високий;

5–14 балів – середній;

0–4 бала – низький.

**„Назви слова”**

Методика визначає запас слів, які зберігаються в активній пам’яті дитини. Дорослий називає дитині деяке слово з відповідної групи й просить її самостійно назвати інші слова, що належать до цієї ж групи.

На називання кожної з перелічених нижче груп слів приділяється по 20 с, а в цілому на виконання всього завдання – 160 с.

1. Тварини.
2. Рослини.
3. Колір предметів.
4. Форми предметів.

5. Інші ознаки предметів, крім форми й кольору.
6. Дії людини.
7. Способи виконання людиною дій.
8. Якості виконуваних людиною дій.

Якщо дитина сама не в змозі почати називання потрібних слів, то дорослий допомагає їй, називаючи перше слово з даної групи, й просить дитину продовжити.

Результати експерименту *оцінюються в балах у такий спосіб:*

10 балів – дитина назвала 40 і більше різних слів, що належать до всіх груп;

8–9 балів – дитина назвала від 35 до 39 різних слів, що відносяться до різних груп;

6–7 балів – дитина назвала від 30 до 34 різних слів, пов'язаних із різними групами;

4–5 балів – дитина назвала від 25 до 29 різних слів;

2–3 бали – дитина назвала від 20 до 24 різних слів, пов'язаних із різними групами;

0–1 бал – дитина за весь час назвала не більше 19 слів.

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;

7–4 бали – середній;

3–0 бала – низький.

#### „Розкажи за картинкою”

Дитині пропонують уважно розглянути картинки (рис. Д.3).

Після того, як розгляд картинки закінчений, дитині пропонують розповісти про те, що він бачив на ній. На розповідь за кожною картиною приділяється ще по 2 хвилини.

Психолог, що проводить дослідження за допомогою даної методики, фіксує результати в таблиці (табл. Д.3), де відзначає наявність і частоту вживання дитиною різних частин мови, граматичних форм і конструкцій.

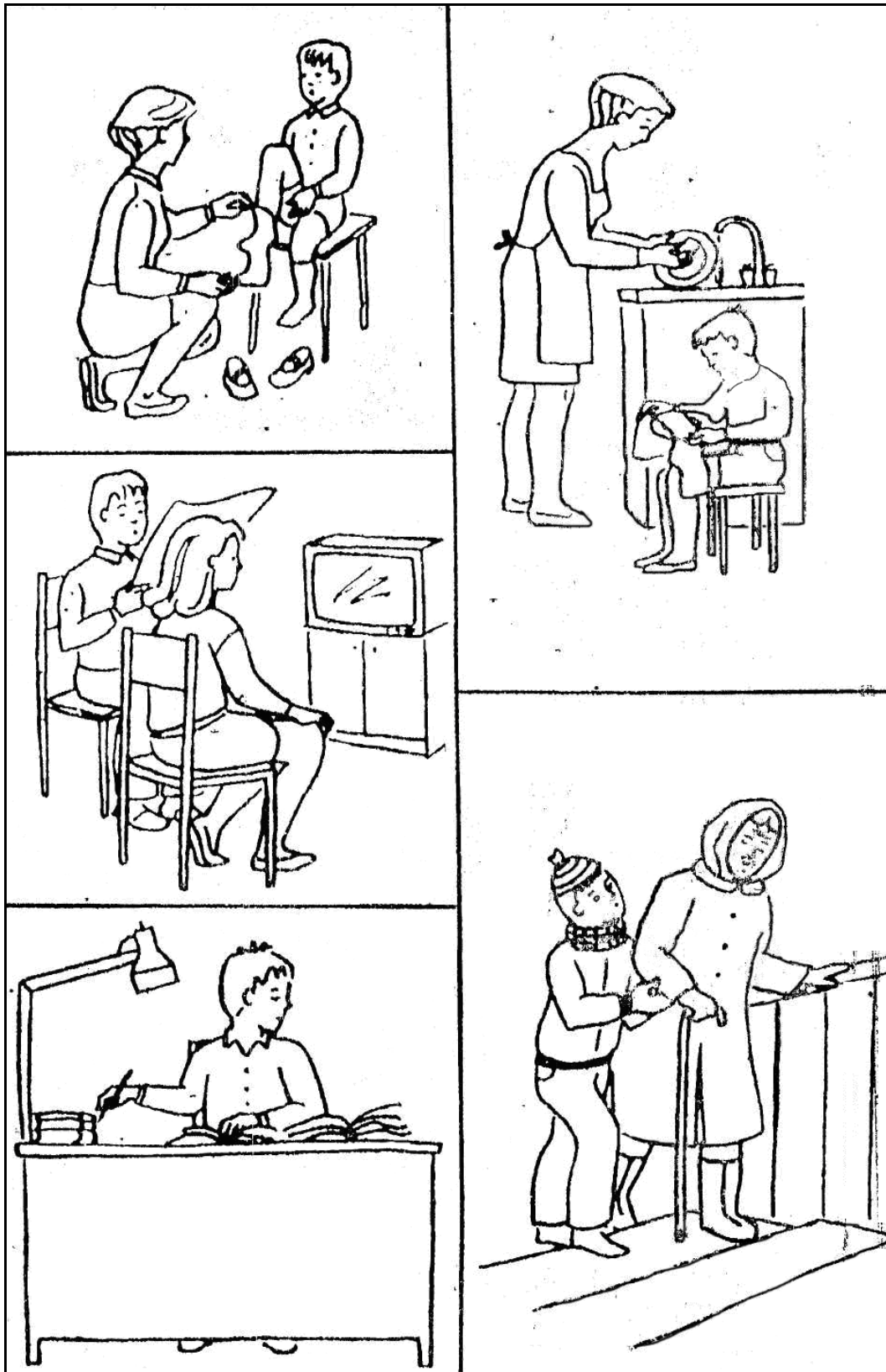


Рис. Д.3. Серія сюжетних картинок до методики „Розкажи за картинкою”.

**Форма для фіксування результатів дослідження**

<b>Бали</b>	<b>Фрагменти мови, що фіксуються у процесі дослідження</b>	<b>Частота вживання</b>
1	Іменники	
2	Дієслова	
3	Прикметники у звичайній формі	
4	Прикметники в порівняльному ступені	
5	Прикметники в найвищому ступені	
6	Прислівники	
7	Займенники	
8	Сполучники	
9	Прийменники	
10	Складні речення й конструкції	

Результати експерименту *оцінюються в балах у такий спосіб:*

10 балів – у мові дитини зустрічаються всі 10 включених до таблиці фрагментів мови;

8–9 балів – у мові дитини зустрічаються 8–9 із включених до таблиці фрагментів мови;

6–7 балів – у мові дитини зустрічаються 6–7 із фрагментів мови, які містяться в таблиці;

4–5 балів – у мові дитини є тільки 4–6 із десяти включених до таблиці фрагментів мови;

2–3 бали – у мові дитини зустрічаються 2–3 із включених до таблиці фрагментів мови

0–1 бал – у мові дитини є не більше одного фрагмента мови з тих, що включені до таблиці.

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;

7–4 балів – середній;

3–0 бала – низький.



### **Словотвір**

#### **„Знайди потрібне слово”**

Експериментатор читає дитині три близьких за змістом слова. Дитина повинна знайти четверте. Якщо підряд за чотири завдання отримано 0 балів, тест переривається. Зразки близьких за змістом слів:

1. Блакитний, жовтий, червоний ...
2. Лев, тигр, слон ...
3. Ноги, хвіст, пір'я ...
4. Стрибати, ходити, бігати ...
5. Стовбур, коріння, листя ...
6. Церква, вілла, хатина ...
7. Кошик, кульок, відро ...
8. Струмок, ріка, джерело ...
9. Кінь, кобила, лоша ...
10. Кричати, шепотіти, говорити ...
11. Великий, широкий, високий ...
12. Пиляти, бити, фарбувати ...
13. Зараз, пізніше, раніше ...
14. Камінь, земля, вода ...

*Висновки про рівень розвитку:*

- правильні відповіді на 11–14 питань – 2 бали – високий;
- правильні відповіді на 5–10 питань – 1 бал – середній;
- правильні відповіді на 1–4 питань – 0 балів – низький.

### **Увага**

#### **„Простав значки”**

Тестове завдання в цій методиці призначено для оцінки переключення й розподілення уваги дитини. Перед початком виконання завдання дитині показують рис. Д.4 і пояснюють, як із ним працювати. Ця робота полягає в тому, щоб у кожному з квадратиків, трикутників, кіл і ромбиків проставити той знак, що заданий угорі на зразку, тобто відповідно: галочку, риску, плюс або точку.

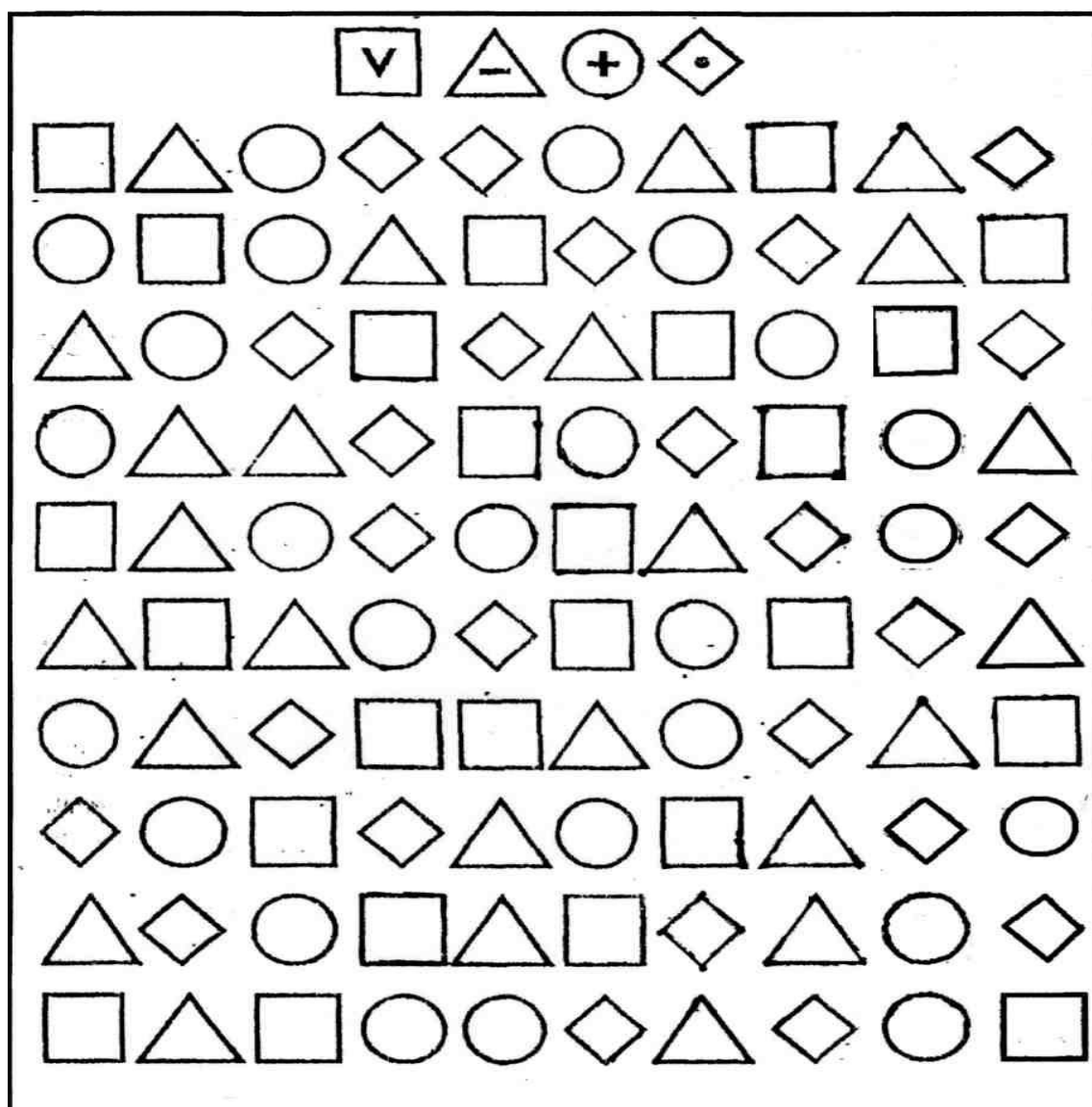


Рис. Д.4. Ілюстрація до завдання „Простав значки”.

Дитина безупинно працює, виконуючи це завдання протягом двох хвилин, а загальний показник переключення й розподілення її уваги визначається за формулою  $S = 0,5 N - 2,8 n / 120$ ,

де  $S$  – показник переключення й розподілення уваги;

$N$  – кількість геометричних фігур, переглянутих і позначених відповідними знаками протягом двох хвилин;

$n$  – кількість помилок, допущених під час виконання завдання.

Помилками вважаються неправильно проставлені знаки або пропущені, тобто не позначені відповідними знаками геометричні фігури.

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб:

10 балів – показник S більше ніж 1,00;

8–9 балів – показник S перебуває в межах від 0,75 до 1,00;

6–7 балів – показник S перебуває в межах від 0,50 до 0,75;

4–5 балів – показник S перебуває в межах від 0,25 до 0,50;

0–3 бала – показник S перебуває в межах від 0.00 до 0,25.

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;

7–4 балів – середній;

3–0 бали – низький.

### „Що тут зайве?”

Ця методика покликана досліджувати процеси образно-логічного мислення, розумові операції аналізу й узагальнення в дитини. У методиці дітям пропонується серія картинок (рис. Д.5), на яких зображені різні предмети, у супроводі нижченаведеної інструкції.

„На кожній із цих картинок один із чотирьох зображених на ній предметів є зайвим. Уважно подивися на картинки й визнач, який предмет і чому є зайвим”.

На вирішення завдання приділяється 3 хвилини.

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб:

10 балів – дитина вирішила поставлену перед нею задачу за час, менший ніж 1 хв., назвавши зайві предмети на всіх картинках, і правильно пояснивши, чому вони є зайвими;

8–9 балів – дитина правильно вирішила завдання за час від 1 хв. до 1,5 хв.;

6–7 балів – дитина упоралася із завданням за час від 1,5 хв. до 2 хв.;

4–5 балів – дитина вирішила завдання за час від 2,0 до 2,5 хв.;

2–3 бали – дитина вирішила завдання за час від 2,5 хв. до 3 хв.;

0 від 1 бал – дитина за 3 хв. не впоралася із завданням.

Висновки про рівень розвитку:

10–8 балів – високий;

7–4 балів – середній;

3–0 бали – низький.

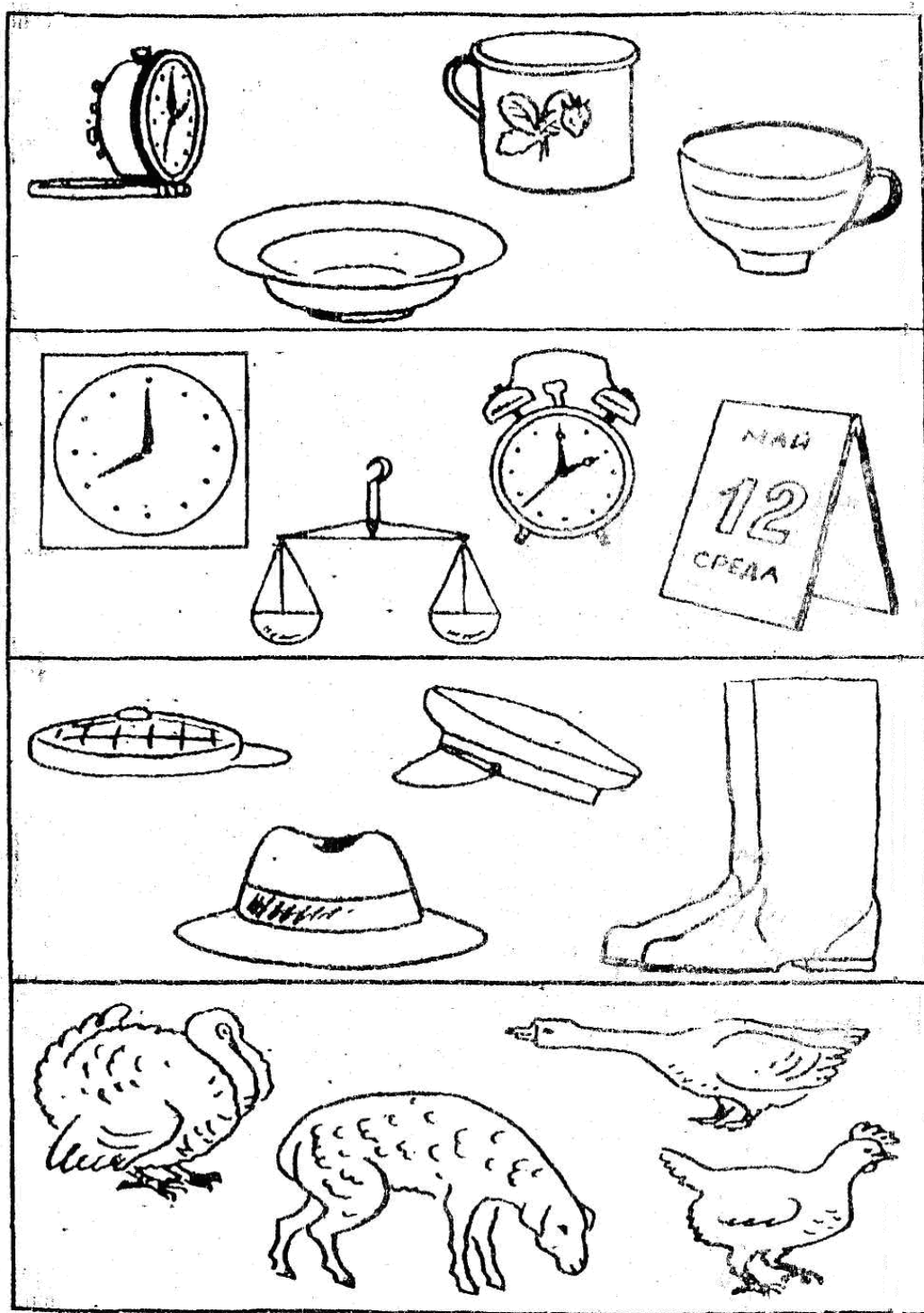


Рис. Д.5. Картинки до методики „Що тут зайве?”

### „П'єрона – Рузера”

Методика використовується для дослідження стійкості уваги, можливостей її перемикання. Одночасно можна відзначити особливості темпу діяльності, „входження” у завдання, проявлення ознак стомлення й пересичення.

Методика також дає уявлення про швидкість і якість формування простої навички, засвоєння нового способу дій, розвитку елементарних графічних навичок.

У верхній частині бланка геометричні фігури позначаються умовними позначками (крапка, тире, вертикальна лінія), які дитина повинна розставити у пропонованому бланку.

#### *Процедура проведення*

Перед дитиною кладеться чистий бланк, і психолог, заповнюючи порожні фігурки зразка, говорить: „Дивися, у цьому квадратику я поставлю точку, у трикутнику – таку риску (вертикальну), коло залишу чистим, нічого в ньому не намалюю, а в ромбі – таку риску (горизонтальну). Усі інші фігури ти заповниш сам, точно так само, як я тобі показав (треба ще раз повторити, де й що намалювати – усно)”. Після того, як дитина почала виконувати роботу, психолог вмикчає секундомір і фіксує кількість знаків, поставлених дитиною за 1 хвилину (усього дається 3 хвилини), – відзначає точкою або рискою прямо на бланку.

*Примітка.* Бажано фіксувати (хоча б приблизно), з якого моменту дитина починає працювати по пам'яті, тобто без спирання на зразок. У протоколі необхідно відзначати, як дитина заповнює фігури: старанно, акуратно або недбало, тому що це відбивається на темпі роботи.

#### *Аналізовані показники:*

- можливість утримання інструкції й цілеспрямованої діяльності;
- параметри уваги (стійкість, розподілення і переключення);
- загальна кількість заповнених фігур;

- кількість заповнених фігур за кожну хвилину (динаміка зміни темпу діяльності);
- кількість помилок (загальна);
- кількість помилок за кожну хвилину роботи (динаміка зміни кількості помилок);
- розподіл помилок (і їхньої кількості) у різних частинах аркуша.

*Висновки про рівень розвитку:* високий, середній, низький.

### ***Пам'ять***

#### **„Запам'ятай малюнки”**

Дана методика призначена для визначення обсягу короточасної зорової пам'яті. Діти як стимули одержують картинки, зображені на рис. Д.6, а. Їм надається інструкція приблизно такого змісту:

„На цій картинці подано дев'ять різних фігур. Спробуйте запам'ятати їх і потім впізнати на іншій картинці (рис. Д.6, б). На ній, крім дев'яти раніше показаних зображень, є ще шість таких, які ти дотепер не бачив. Спробуй впізнати й показати на другій картинці тільки ті зображення, які ти бачив на першій картинці”.

Час експозиції стимульної картинки (рис. Д.6, а) становить 30 с. Після цього дану картинку забирають із поля зору дитини й замість неї їй показують другу картинку – рис. Д.6, б. Експеримент триває доти, доки дитина не впізнає всі зображення, але не довше ніж 1,5 хв.

#### *Оцінювання результатів:*

10 балів – дитина впізнала на картинці (рис. Д.6, б) всі дев'ять зображень, показаних їй на картинці (рис. Е.1, а), витративши на це менше ніж 45 с;

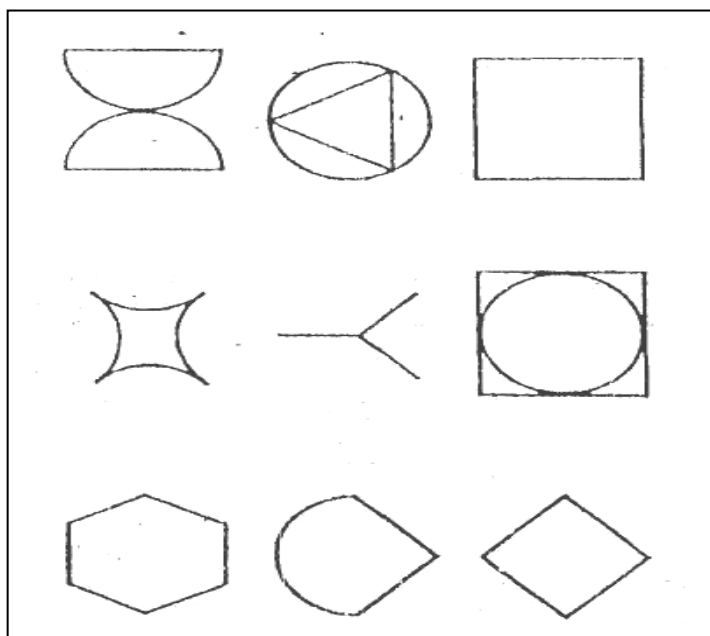
8–9 балів – дитина впізнала на картинці (рис. Д.6, б) 7–8 зображень за час від 45 до 55 с;

6–7 балів – дитина впізнала 5–6 зображень за час від 55 до 65 с;

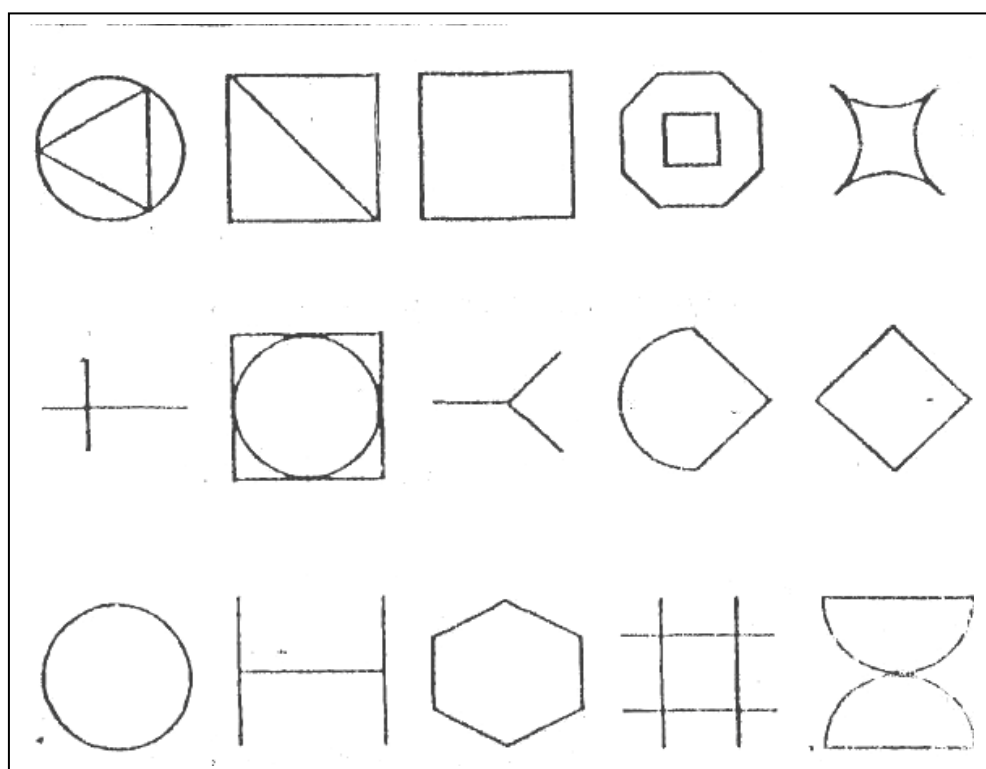
4–5 балів – дитина впізнала 3–4 зображення за час від 65 до 75 с;

2–3 бали – дитина впізнала 1–2 зображення за час від 75 до 85 с;

0–1 бал – дитина не впізнала на картинці (рис. Д.6, б) жодного зображення протягом 90 с і більше.



а



б

Рис. Д.6. Набір фігур до методики „Запам’ятай малюнки”.

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;

7–4 балів – середній;

3–0 бали – низький.

„Запам’ятай і розстав точки”

За допомогою цієї методики оцінюється обсяг уваги дитини. Для цього використовується стимульний матеріал, зображений на рис. Д.7. Аркуш із точками попередньо розрізається на 8 малих квадратів, які потім складаються в купку таким чином, щоб угорі був квадрат із двома точками, а внизу – квадрат із дев’ятьма точками (усі інші йдуть зверху вниз один по одному з кількістю точок на них, яка послідовно збільшується).

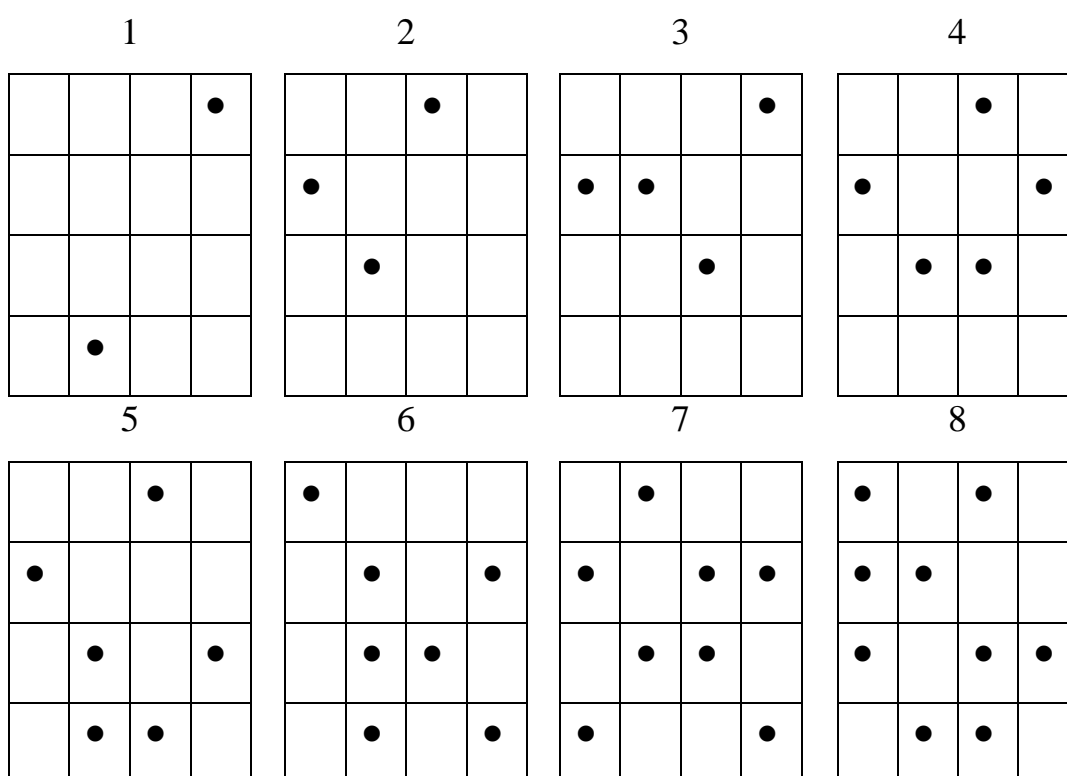


Рис. Д.7. Стимульний матеріал до завдання „Запам’ятай і розстав точки”.

Перед початком експерименту дитина одержує таку інструкцію:

„Зараз ми пограємо у гру на увагу. Я буду тобі одну за іншою



показувати картки, на яких намальовані точки, а потім ти сам будеш малювати ці точки в порожніх клітинках у тих місцях, де ти бачив ці точки на картках”.

Далі дитині послідовно на 1–2 с показується кожна з восьми карток із точками й після кожної чергової картки пропонується відтворити побачені точки в порожній картці (рис. Д.8) за 15 с. Цей час дається дитині для того, щоб вона змогла згадати, де перебували побачені точки, відзначити їх у порожній картці.

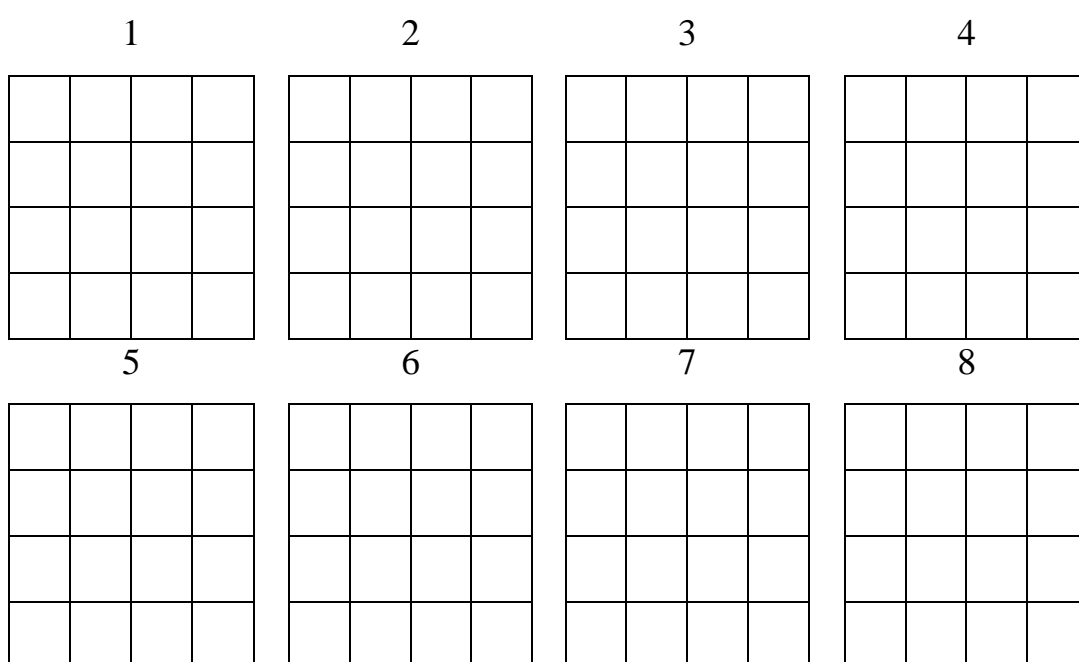


Рис. Д.8. Матриці до завдання „Запам'ятай і розстав точки”.

#### *Оцінювання результатів*

Обсягом уваги дитини вважається максимальна кількість точок, що дитина змогла правильно відтворити на кожній із карток (обирається та з карток, на якій було відтворено безпомилково найбільшу кількість точок):

10 балів – дитина правильно за відведений час відтворила на картці 6 і більше точок;

8–9 балів – дитина безпомилково відтворила на картці від 4 до 5 точок;

6–7 балів – дитина правильно відновила по пам'яті від 3 до 4 точок;  
4–5 балів – дитина правильно відтворила від 2 до 3 точок;  
0–3 бали – дитина змогла правильно відтворити на одній картці не більше однієї точки.

*Висновки про рівень розвитку:*

10–8 балів – високий;  
7–4 бали – середній;  
3–0 балів – низький.

## Додаток Е

### Вміння долати труднощі

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Стать дитини \_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_

Діагноз дитини \_\_\_\_\_

Супутні захворювання дитини \_\_\_\_\_

У якому дошкільному (д/с), шкільному закладі навчається дитина \_\_\_\_\_, який рік \_\_\_\_\_

### *Фізичний розвиток*

1. М'язовий тонус дитини (у яких групах м'язів спостерігається):

а) підвищений тонус (гіпер) \_\_\_\_\_;

б) знижений (гіпо) \_\_\_\_\_;

в) змішаний \_\_\_\_\_.

2. Наявність деформацій та контрактур у дитини:

а) які суглоби деформовані (їх характер, особливості)  
\_\_\_\_\_;

б) які м'язи мають патологію (їх характер, особливості)  
\_\_\_\_\_.

3. Сила м'язів дитини (обвести в коло обрану відповідь):

а) дитина піднімає і утримує ногу (руку, тулуб) під час великої протидії (*нормальна м'язова сила*);

б) дитина піднімає і утримує ногу (руку, тулуб) під час невеликої протидії (*добра м'язова сила*);

в) дитина піднімає ногу без протидій (*задовільна м'язова сила*);

г) дитина не може підняти ногу, але добре рухає нею (*погана м'язова сила*);

д) дитина ледве рухає ногою (*незначна м'язова сила*);

е) ніяких ознак руху (*нульова м'язова сила*).

3. Рівновага (обвести в коло обрану відповідь) – у положенні стоячи (стоячи на двох колінах, сидячи) дитину обережно штовхають (уперед, назад, вправо, вліво):

а) дитина не намагається протидіяти падінню (*погане відчуття рівноваги*);

б) дитина намагається не впасти (*задовільне відчуття рівноваги*);

в) дитина втримується від падіння (*добре відчуття рівноваги*).

4. Розвиток основних рухових функцій дитини (обвести в коло обрану відповідь):

а) лежання і перевертання (*не може виконати, намагається виконати, частково виконує, виконує повністю*);

б) сидіння (*не може виконати, намагається виконати, частково виконує, виконує повністю*);

в) повзання та рачкування (*не може виконати, намагається виконати, частково виконує, виконує повністю*);

г) стояння (*не може виконати, намагається виконати, частково виконує, виконує повністю*);

д) ходьба, біг, стрибки (*не може виконати, намагається виконати, частково виконує, виконує повністю*);

е) згинання та розгинання рук в упорі лежачи на підлозі (*не може, намагається виконати, частково, виконує*);

ж) піднімання тулуба в сід з положення лежачи на спині (*не може, намагається виконати, частково, виконує*).

### Графічний диктант

Методика використовується для визначення рівня розвитку довільної сфери дитини, а також вивчення можливостей в області перцептивної і моторної організації простору(рис. Е.1).

Матеріал складається з 4 диктантів, перший із яких – тренувальний.

1. „Починаємо малювати перший візерунок. Поставте олівець на яку-небудь точку в зошиті (на фрагменті з клітинного паперу). Увага!

Малюйте лінію: одна клітинка вниз. Не відривайте олівець від паперу, тепер одна клітинка праворуч. Одна клітинка вгору. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вниз. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вгору. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вниз. Далі продовжуйте малювати такий самий візерунок самі”.

2. „Тепер поставте олівець на наступну точку. Приготувалися! Одна клітинка вгору. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вгору. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вниз. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вниз. Одна клітинка праворуч. Одна клітинка вгору. Одна клітинка праворуч. А тепер самі продовжуйте малювати той самий візерунок”.

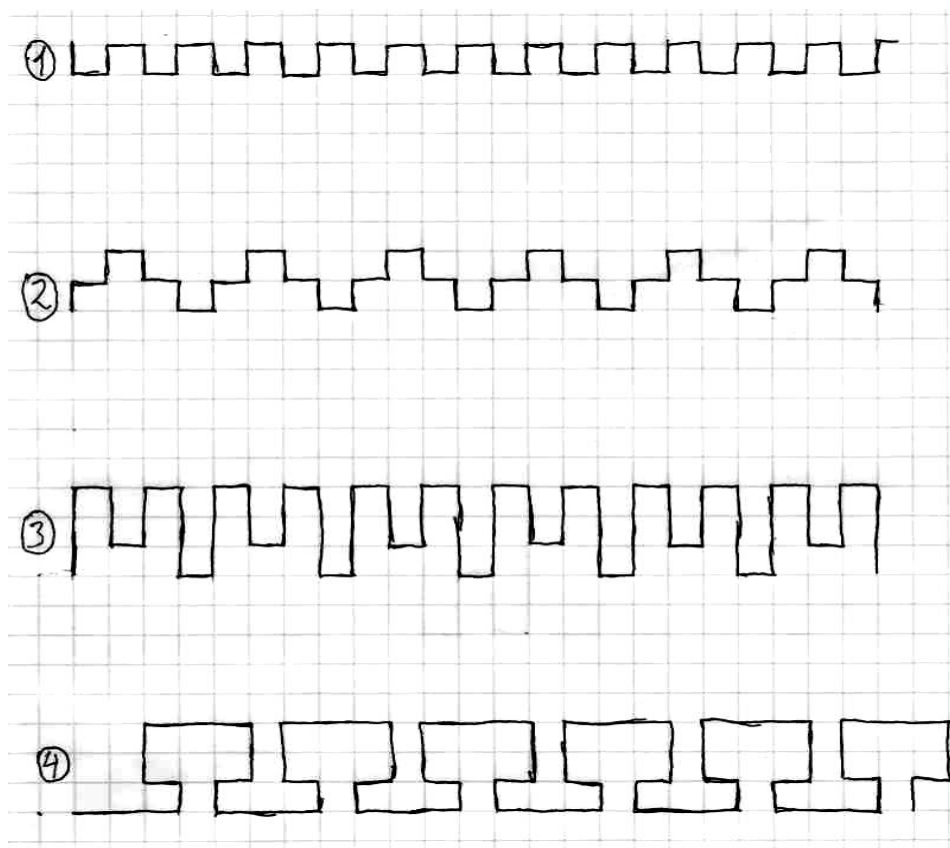


Рис. Е.1. Приклади виконання графічного диктанту.

3. „Увага! Три клітинки вгору. Одна клітинка праворуч. Дві клітинки вниз. Одна клітинка праворуч. Дві клітинки вгору. Одна – праворуч. Три клітинки вниз. Одна клітинка праворуч. Три клітинки

вгору. Одна клітинка праворуч. Дві клітинки вниз. Одна клітинка праворуч. Дві клітинки вгору. Тепер самі продовжуйте малювати цей візерунок”.

4. „Поставте олівець на саму нижню точку. Увага! Три клітинки праворуч. Одна клітинка вгору. Одна клітинка ліворуч (слово „ліворуч” виділити голосом). Дві клітинки вгору. Три клітинки праворуч. Дві клітинки вниз. Одна клітинка ліворуч (слово „ліворуч” знову виділити голосом). Одна клітинка вниз. Три клітинки праворуч. Тепер самі продовжуйте малювати цей візерунок”.

На самостійне виконання кожного візерунка дається 1,5–2 хвилини. Загальний час проведення методики звичайно становить близько 15 хв.

Результати експерименту *оцінюються в балах у такий спосіб:*

4 бали – безпомилкове відтворення візерунка;

3 бали – за 1–2 помилки;

2 бали – за більшу кількість помилок;

1 бал – якщо помилок більше, ніж правильно відтворених ділянок;

0 балів – якщо правильно відтворених ділянок немає.

Зазначеним способом оцінюються три візерунки (перший – тренувальний).

*Висновки про рівень розвитку:*

4–5 балів – високий;

2–3 бали – середній;

0–1 бал – низький.

## Додаток Ж

### Самостійність

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Стать дитини \_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_

Діагноз дитини \_\_\_\_\_

Супутні захворювання дитини \_\_\_\_\_

У якому дошкільному (д/с), шкільному закладі навчається дитина \_  
\_\_\_\_\_, який рік \_\_\_\_\_

#### „Візерунок”

Методика спрямована на діагностику ступеня сформованості в дитини вміння діяти за правилом, тобто враховує його при виконанні завдань, даних дорослим.

Дітям говорять на початку диктанту: „Ми будемо вчитися малювати візерунок. У вас на листочку намальовані ряди трикутників, квадратів і кружечків. Ми будемо з'єднувати трикутники й квадрати, щоб вийшов візерунок. Уважно слухайте, робіть те, що я говорю. У нас будуть такі три правила:

- 1) два трикутники, два квадрати або квадрат із трикутником можна з'єднувати тільки через кружок;
- 2) лінія нашого візерунка повинна йти тільки вперед;
- 3) кожне нове з'єднання треба починати з тієї фігурки, на якій зупинилася лінія, тоді лінія буде безперервною й у візерунку не вийде проміжків. Подивіться на аркуш, так можна з'єднати трикутники й квадрати” (рис. Ж.1).

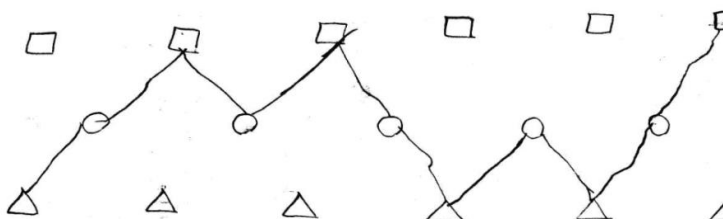


Рис. Ж.1. Приклад виконання завдання „Візерунок”.

Результати експерименту оцінюються в балах у такий спосіб:

1. Кожне правильне з'єднання зараховується за два бали. Штрафні бали (по одному) нараховуються:

а) за зайві з'єднання, не передбачені диктантом (крім тих, що знаходяться в кінці й на початку візерунка);

б) за „розриви” – пропуски „зон” з'єднання між правильними з'єднаннями.

2. Інші види помилок теж знижують кількість балів. Максимальна кількість балів – 24.

*Висновки про рівень розвитку:*

15–24 бали – високий;

6–14 балів – середній;

0–5 балів – низький.

### ***Дослідження стану дрібної моторики рук***

1. Ізолює рухи пальців \_\_\_\_\_
2. Будує вежу з 9–10 кубиків \_\_\_\_\_
3. Імітує малювання квадрата \_\_\_\_\_
4. Використовує шаблон для малювання трикутника \_\_\_\_\_
5. Малює в межах горизонтальної й вертикальної доріжок \_\_\_\_\_
6. Просовує шнурки в дірочки вертикальної картки для шнурування послідовними стібками \_\_\_\_\_
7. З'єднує точки \_\_\_\_\_
8. Зав'язує вузол \_\_\_\_\_
9. Прикрашає картинку \_\_\_\_\_
10. Вирізує картинку ножицями \_\_\_\_\_
11. Продовження простих візерунків \_\_\_\_\_

„Конструювання”

Почати краще з роботи за зразком. Наприклад, це буде реальний зразок уже побудованого будинку, що дитина повинна відтворити з деталей. Їх повинно бути більше, ніж потрібно для конструювання.



Необхідно запропонувати дитині уважно розглянути, вивчити той будинок, що йому слід зібрати самостійно. Спостерігайте за характером і послідовністю будівництва, при цьому зверніть увагу на такі моменти:

1. Дитина повинна будувати будинок у строгій відповідності до запропонованого зразка. Це значить, що дитина повинна утримувати задану вами мету.

2. Для цього йому необхідно дотримуватися певної послідовності складання, тобто мати чітку програму виконавчих дій (алгоритм).

3. Здійснення програми можливе лише в тому випадку, якщо маленький будівельник зумів правильно виділити умови діяльності: розмір, форму й колір блоків конструкції.

4. У процесі роботи він повинен коректувати свої дії, тобто постійно звіряти отримані результати з еталоном.

5. При закінченні складання необхідно попросити дитину перевірити, наскільки точно її конструкція відповідає зразку. Якщо маля припускало помилки на якомусь етапі складання, необхідно разом із нею внести необхідні виправлення.

Результати експерименту *оцінюються візуально викладачем, як високий, середній або низький рівень.*

## Додаток И

### Індивідуальна карта педагогічного обстеження дитини

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Вік дитини (повних років) \_\_\_\_\_

Дата обстеження: \_\_\_\_\_

Д/с \_\_\_\_\_ група № \_\_\_\_\_

Назва методики: „Обстеження розвитку життєвої компетентності”,  
 або „Обстеження оволодіння навичками навчальної діяльності”,  
 або „Обстеження вміння долати труднощі”,  
 або „Обстеження зосередженості, організованості, самостійності”.

Нижче наводиться методика даного обстеження.

Висновки: (низький, середній або високий) рівень розвитку пам'яті та уваги, або вміння долати труднощі, або оволодіння навчальною діяльністю, самостійності.

Рекомендації вихователю (педагогові, психологові, дефектологів, соціальному працівнику, інструктору ЛФК, логопеду): дитина володіє середнім (високим, низьким) рівнем розвитку психофізичних процесів, добре розвинена просторова орієнтація, але необхідно більше попрацювати над розвитком пам'яті. До школи достатньо фізично підготовлена, однак має потребу у відвідуванні спеціалізованої групи з виправлення плоскостопості. Дитина сильно заїкається, коли хвилюється, боїться, не розуміє як відповісти.

Висновки: дитина товариська, іде на контакт із дорослими й дітьми; допитлива; психоемоційний стан – нормальний, але часто буває незадоволена подіями, багатьма ситуаціями, конфліктує через дріб'язки; пізнавальна активність розвинена відповідно до віку. Реакція на похвалу – пустоці й хвастоці; невротичні реакції не спостерігалися; особливості фізичного розвитку – зір нижчий за норму, носить окуляри; плоскостопість; самооцінка завищена, помічена розпещеність у відношенні

„дитина – дитина”; знання про навколишній світ, родину відповідають нормі; старанний; розвиток мови – діалогічна; пам’ять – короткочасна, образна; увага – зосереджена; сприйняття – не точне загалом; мислення – спосіб порівнювати, робити висновки.

## Додаток К

**Спостереження за дітьми дошкільного віку з порушеннями  
опорно-рухового апарату**

№ п/п	П.І.Б дитини	Дата обстеження	Показники педагогічних напрямів готовності			
			Розвиток життєвої компетентності	Розвиток оволодіння навичками навчальної діяльності	Вміння долати труднощі	Самостійність
1						
2						
3						

## Додаток Л

## Види діяльності фахівців дошкільного закладу

Зміст роботи дефектолога з дітьми, педпрацівниками, батьками	Термін проведення	Хто проводить
<b>Консультаційна робота</b>		
1. Експрес-консультації з батьками вихователями, психологом, медичним працівником, інструктором ЛФК	У разі потреби	Дефектолог
2. Індивідуальні бесіди з батьками і вихователями, інструктором ЛФК щодо труднощів психофізичного характеру дитини у процесі її інтеграції і адаптації	П'ятниця щотижня	Дефектолог, психолог, медичний працівник
3. Батьківські збори „Щодо інклюзивного навчання дітей в загальноосвітньому шкільному просторі”	На початку, усередині, наприкінці року	Психолог, дефектолог
<p>4. Консультації з вихователями, інструктором ЛФК щодо роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату:</p> <p>1) проведення методики обстеження дітей</p> <p>2) психопрофілактика та її методи</p> <p>3) методи спостереження і експерименту</p> <p>4) розвиток соціально-педагогічних напрямків розвитку (життєва компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, зосередженість, організованість і самостійність);</p> <p>5) психологічні ігри;</p> <p>6) формування життєвої компетентності дитини;</p> <p>7) поведінка вихователя в період соціальної реабілітації дитини з порушеннями опорно-рухового апарату</p> <p>8) „терапія мистецтвом”</p>	<p>Вересень</p> <p>Жовтень</p> <p>Листопад</p> <p>Жовтень – травень</p> <p>Березень</p> <p>Жовтень - травень</p> <p>Вересень-березень</p> <p>Травень</p>	<p>Дефектолог, психолог, медичний працівник.</p>

<p>5. Консультації для батьків:</p> <p>1) „Період інтеграції та адоптації дитини у дитячому садку”</p> <p>2) „Гра, яка вчить мого малюка пристосовуватись до навколишнього середовища”</p> <p>3) „Вплив мікроклімату сім’ї на виховання дитини”</p> <p>4) „Спілкування дитини в ближньому колі оточення – розвиток комунікабельності ”</p> <p>5) „Розвиток життєвої компетентності дитини в родинному колі”</p>	<p>Вересень</p> <p>Листопад</p> <p>Грудень</p> <p>Січень</p> <p>Лютий</p>	<p>Дефектолог, психолог</p>
<b>Психодіагностична робота</b>		
<p>1. Діагностика педагогічних напрямків розвитку (життєва компетентність, оволодіння навичками навчальної діяльності, вміння долати труднощі, самостійність) дитини з порушеннями опорно-рухового апарату</p>	<p>Вересень, травень</p>	<p>Дефектолог, вихователі, психолог, медичний працівник, інструктор ЛФК, студенти-волонтери</p>
<p>2. Робота з діагностичними картками спостереження дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового</p>	<p>У разі потреби; травень</p>	<p>Вихователі, психолог, медичний працівник, інструктор ЛФК</p>
<p>3. Проведення психодіагностичного обстеження інтелектуального розвитку дітей старшого дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату</p>	<p>Січень, лютий</p>	<p>Дефектолог, психолог</p>
<b>Педагогічна та розвивальна робота</b>		
<p>1. Групові заняття з метою розвитку педагогічних напрямків (життєва компетентність, вміння долати труднощі, зосередженість, організованість і самостійність).</p>	<p>Протягом року за графіком соціального працівника</p>	<p>Дефектолог, вихователі, психолог, медичний працівник, інструктор ЛФК</p>

2. Розвиток особливостей спілкування з однолітками, формування навичок самообслуговування, взаємодії дитини з близькими дорослими, мовленнєвого розвитку, особливостях реагування на свої недоліки, емоційному стані, міміки	Понеділок, п'ятниця щотижня	Дефектолог, вихователі
3. Фізичний розвиток дитини, фізичних вправах, графічного диктанту	Вівторок, четверг щотижня	Дефектолог, інструктор ЛФК, вихователь
4. Розвиток дрібної моторики рук, конструювання.	Середа щотижня	Дефектолог, вихователь
<b>Навчальна діяльність</b>		
1. Психолого-педагогічний факультатив для батьків інтегрованих груп: 1) „Інтеграція майбутнього школяра в загальноосвітний простір” 2) „Оволодіння навичками навчальної діяльності ”	1-е півріччя 2-е півріччя	Дефектолог, вихователі, психолог
2. Спецкурс для вихователів: 1)Принцип педагога „Не зроби зле!” 2)„ Створення ігрового освітньо-виховного середовища в педагогічному колективі” 3)„ Комплексні, особистісні орієнтовані підходи щодо надання корекційної, психологічної, медичної допомоги ” 4) „Індивідуальний підхід до дітей з порушеннями опорно-рухового апарату”	1 раз на місяць	Дефектолог, психолог, дефектолог
<b>Організаційно-методична робота оволодіння навичками навчальної діяльності</b>		
1. Психологічний аналіз планів виховної роботи, розробка рекомендацій щодо підвищення формування розумових дій, оцінки образно-логічного мислення, наочності, рівня загальної обізнаності, словоскладання, розвитку уваги і пам'яті, оцінюванні загального розвитку дитини	Вересень	Дефектолог

2. Організація та облаштування навчальних приміщень для експериментальних груп	Вересень	дефектолог, адміністрація дошкільних установ, інструктор ЛФК
3. Робота над новими розробками. Підбір літератури з основних напрямів педагогічної роботи	Січень	дефектолог, психолог, дефектолог
<b>Зв'язки з громадськістю</b>		
1. Встановлення співробітництва з методистом психологічної служби дитячих садків та шкіл; інспектором відділу народної освіти з метою підтримки практичного психолога	У разі необ- хідності, на запрошення	дефектолог
2. Зв'язок з науковцями Ровеньківського відділення лабораторії діагностики та корекції психофізичного стану дітей і дорослих з метою отримання кваліфікованої методичної допомоги та літератури	У разі потреби	Дефектолог
3. Педагогічний патронаж за адресами батьків дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, які потребують корекційної допомоги	1 раз на квартал	Дефектолог



## Додаток М

### Ігри для розвитку корекційно-психологічної готовності до школи

#### „Невидима скульптура”

Клас поділяється на групи з трьох осіб. У кожній групі один гравець –художник, другий – модель, третій – глина. „Художник” і „глина” закривають очі (можна використовувати пов’язки). „Модель” стає у визначену позу і повідомляє про свою готовність. За роботу береться „художник”. Він чемно обмацує „модель”, щоб визначити її позу, потім перетворює „глину” у твір мистецтва, відтворюючи при цьому „модель”. Робота закінчена, діти відкривають очі і з’являються перед глядачами, що оцінюють ступінь подібності скульптури і зразка.

#### „Знайди своє місце”

На початку гри треба як слід „перемішатися”. Діти вільно пересуваються невеликим простором, окресленому ведучим. Кожний намагається привітати якомога більшу кількість хлопців. Знак вітання – легке поплескування або прогладжування по голові, або дотик один до одного долонями правої руки. Для подальшої гри важливо, щоб знак вітання був тактильним.

За сигналом ведучого усі зупиняються і закривають очі. Мета перша, найпростіша – із закритими очима, не вимовляючи ані звуку, вишикуватися в шеренгу за зростом. Ведучий може за допомогою секундоміра виміряти час першої побудови. За кілька тижнів, повторивши гру, показати дітям, що їхня згуртованість і довіра один до одного зросли – швидше знайшли своє місце в загальному рядку. Мета складніша – вишикуватися у зворотному порядку. Мета, що вимагає „вищого пілотажу” – вишикуватися один по одному за днями народження, починаючи із січня і закінчуючи груднем.

## Додаток Н

### Ігрові вправи на заняттях

#### „Хомка”

Мета: зняття фізичної й емоційної напруги в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату протягом уроку.

В. п. – діти між рядами. Учитель і діти разом розповідають вірш, і всі разом імітують рухи хом’ячка.

*Хомка-хомка, хом’ячок, роз пухнастенький бочок.*

*Хомка раненько встає, щічки мие, шийку тре.*

*Підмітає Хомка хатку і виходить на зарядку.*

*Раз, два, три, чотири, п’ять! Хомка хоче сильним стать.*

#### „Буратіно”

Мета: зняття фізичної й емоційної напруги у дітей протягом уроку.

В. п. – діти стоять між рядами. Учитель і діти разом декламують вірш, і всі разом виконують рухи.

*Буратіно потягнувся, раз – нагнувся, два – нагнувся,*

*Топнув лівою ногою, топнув правою ногою.*

*Подивився навкруги, ключик, видно, не знайшов,*

*А щоб ключик нам дістати, треба на носочки стати.*

#### „Відгадай”

Мета: формування відчуття успішності в дітей, зняття напруги при відповідях під час уроку, весела розминка.

Зміст: учитель запитує в дітей, скільки в класі вікон, столів, стільців, дівчат, хлопчиків, чорних сорочок, піджаків і т. д. Діти відповідають відразу, навмання, не перераховуючи предмети, після чого всі разом рахують, скільки насправді названих предметів у класі.

*Примітка.* Відповідати можуть окремі учні або всі бажаючі відразу. Як правило, гіперактивні діти одержують у процесі гри можливість

викрикнути відповідь, чим знижують свою потребу у зміні діяльності, тривожні діти часто починають включатися у гру не одразу, а тільки тоді, коли побачать, наскільки „безпечна” для них ця гра.

### „Вказівка”

Мета: керування увагою дітей, установлення дисципліни.

Зміст: як тільки шум у класі починає заважати навчальному процесу, учитель стукає указкою по дошці, а потім швидко запитує в учнів: „Скільки разів я постукала?” Діти відповідають, причому відповіді звучать найрізноманітніші. Учитель говорить, що правильну відповідь дав один із учнів, наприклад Ваня Соколов (насправді відповідь Вані може бути й невірною), хвалить його за уважність. Звичайно дорослий вибирає неуважну дитину. Наступного разу, коли вчитель вдається до допомоги указки, саме Ваня Соколов, намагаючись виправдати очікування вчителя, називає правильну відповідь. Коли учні звикнуть до подібної гри, вони всі будуть намагатися уважно стежити за сигналами вчителя.

На наступному етапі вчитель, забираючи візуальну підтримку, ускладнює завдання: стукає указкою з внутрішнього боку стола, щоб діти не тільки стежили за рухами, але й сприймали сигнали на слух.

### „Зима”

Мета: розвиток мовлення в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, зняття мовних штампів, зниження тривожності.

Зміст: учитель видає учням картки з 4 словами, одне з яких є ключовим.

*Наприклад:* зима – холодно, темно, сніг. Кожний учасник повинен скласти кілька речень зі словами-підказками, але не називати ключове слово. Інші вгадують, яке слово було загадано.

Більш складний варіант: учень описує ключове слово, але в жодному разі не називає слів-підказок. Даний варіант допомагає уникати мовних штампів, які засмічують нашу мову.

### „Подарував мені папа лижі”

Мета: активізація роботи обох півкуль головного мозку, тренування координації рухів у дітей із порушеннями ОРА.

Зміст: ведучий (учитель або хто-небудь із дітей) вимовляє текст і показує певні рухи, інші повторюють рухи за ним.

Ведучий:

- Яюсь раз під Новий рік подарував мені тато гребінець (правою рукою показує, як він зачісується); мама подарувала мені іграшкову швейну машинку (лівою рукою „крутить” ручку); бабуся надіслала мені заводну ляльку, що киває головою (ведучий киває головою) і вмів відкривати й закривати очі (відкриває й закриває очі); дідусь подарував мені лижі (ведучий імітує рухи лижника ногами).

### „Кришки на банки”

Мета: розвиток окоміру, дрібної моторики рук у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст: на столі стоять кілька банок різної величини й форми. Їх не можна брати в руки. Кожний учасник гри на своєму листку паперу малює коло (або овал), яке повинне точно збігтися з отвором обраної банки. Вирізвавши кришку, потрібно написати на ній своє ім'я й номер обраної банки. Тільки після цього можна приміряти свій виріб до банки, що стоїть на столі. Переробляти кришку не треба. Перемагає той, у кого найточніша кришка.

### „Згадайте не дивлячись”

Мета: розвиток зорової пам'яті, уваги в дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст: ведучий просить учасників закрити очі й сказати, скільки картин на стіні у класі, які фіранки на вікні, хто вищий – Коля або Вітя, і так далі. Перемагає той, хто дасть найбільшу кількість правильних відповідей.

### „Хто більше?”

Мета: розвиток уваги, пам'яті, орієнтації у просторі у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст: учитель закріплює на дошці кілька картин (кількість визначається віковими особливостями дітей і їхніми можливостями). Через 30 секунд картинки закриваються шторою. Діти запам'ятовують усе, що вони побачили: зображення й просторове розташування картинок. Бажаючий може прочитати вголос те, що він записав.

### „Чапля”

Мета: зміна діяльності, розминка, підвищення емоційного настрою.

Зміст: після напруженої роботи у класі вчитель просить усіх дітей стати біля своєї парти й за його сигналом підняти зігнуту в коліні ногу, тобто стати в позі чаплі. Хто простоїть довше всіх? Дорослий хвалить всіх дітей, незалежно від результату.

### „Слідчі”

Мета: зняття емоційної напруги, згуртування групи, розвиток уваги в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст: один із учнів виходить із класу, інші діти домовляються й ховають який-небудь предмет у класі. Дитина, що водить, входить і намагається знайти захований предмет. Як тільки він починає наближатися до предмета, діти плескають. По мірі наближення удари голоснішають, віддалення – тихіше. Дитина, що водить, коректує свої дії залежно від гучності ударів. Як тільки предмет знайдений, гра починається спочатку.

### „Дятел”

Мета: розвиток тактильного й слухового сприйняття, уваги, мислення в дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст: кожний ряд парт (у класі звичайно три ряди) або кожний рядок обирає одного гравця. Таким чином, виходить троє або шестеро дітей, що водять, які виходять до дошки. Це „дятли”. Інші діти сидять за

партами, опутивши голову й закривши очі. Кожний „дятел” підходить до кого-небудь із тих, хто сидить, і тихенько постукує його пальцем по плечу або по спині, вимовляючи: „Тук-тук”. Дитина, до якої доторкнулися, піднімає одну руку, щоб до нього вже більше не підходили „дятли”. Потім усі „дятли” повертаються до дошки, а діти намагаються відгадати, хто саме до них торкався.

## Додаток П

### Ігрові вправи поза заняттями

#### „Щітка”

Мета: розвиток уваги, уміння реагувати на невербальні сигнали, згуртування групи.

Зміст: діти стоять щільним колом, плече до плеча, руки за спиною. В одного з граючих у руках одержана щітка. У центрі кола дитина, що водить. Вона повертається на місці три рази, і гра починається: щітка починає свою подорож колом, передана з рук у руки. Ведучий намагається вгадати, у кого щітка. У будь-яку хвилину він може сказати „Стоп” і вказати на передбачуваного хазяїна щітки. За цим сигналом усі граючі витягають руки вперед. Якщо щітка дійсно виявляється в того, на кого вказала дитина або в його сусіда ліворуч (праворуч), хазяїн щітки стає тим, хто водить. Якщо ж щітка виявиться в руках іншого учасника, її власник має право „почистити” одяг тому, хто водить. Гра починається знову. Поки дитина, що водить, придивляється до граючих, вони непомітно можуть „почистити” його одяг на спині й знову сховати щітку за коло.

#### „Я вмю грати на гітарі”

Мета: підвищення самооцінки, ролі в колективі, розвиток уміння знаходити сильні сторони, поліпшення взаємодії дітей.

Зміст: усі діти сидять за партами. Учитель пропонує всім по черзі (або тим, хто сидить у лівому, правому ряду) встати й розповісти, що він умеє добре робити. Починати розповідь обов'язково словами: „Я вмю добре...” Учитель може оголосити спеціальні умови гри, наприклад: діти повинні відзначати свої вміння, які пов'язані з навчальною діяльністю, зі спортом, з домашнім господарством. Учителі-предметники можуть використати дану гру для одержання інформації про засвоєння учнями навчального матеріалу.

### „Плутанина”

Мета: згуртування групи, розвиток навичок командної роботи.

Зміст: діти стають у коло, закривають очі, витягають праву руку вперед і починають рухатися в напрямку до центра кола. Торкнувшись кого-небудь, дитина бере його за руку, ліва рука – трохи осторонь, щоб хтось ще міг за неї узятися. Після того, як усі взяли за руки, діти відкривають очі. Дорослий може допомогти дітям, щоб усі діти взяли за руки. Таким чином, утвориться плутанина. Зміст гри: розплутатися, не відпускаючи рук.

*Примітка.* Грати добре під веселу музику.

### „Розвідник”

Мета: розвиток навичок уваги й сприйняття в дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст: один із гравців – „розвідник”. Ведучий вимовляє: „Завмерли!”, і вся група нерухомо застигає. Усі намагаються запам’ятати свою власну позу, „розвідник” – пози всіх гравців і їхній зовнішній вигляд. У той час, поки „розвідник” вийшов із кімнати або відвернувся, закривши очі, учасники роблять кілька змін у своєму одязі, у позах, в обстановці. Завдання „розвідника” – виявити ці зміни.

### „Загоряємо”

Мета: релаксація.

Зміст: ведучий говорить дітям: „Уявіть собі, що ми загоряємо на сонечку (діти сидять на стільцях, ноги витягнуті вперед). Піднімаємо ноги, тримаємо їх у висячому положенні. Наші м’язи стали твердими (можна їх поторкати), майже кам’яними. Наші ноги втомилися, опускаємо їх. Розслабилися, відпочиваємо. Вдих – видих. Нам добре й приємно”.

Можна супроводжувати гру віршем:

*Ми прекрасно загоряємо! Вище ноги піднімаємо!*

*Тримаємо... Тримаємо... Напружуємо... Загоряємо...*

*Опускаємо.*

Ноги не напружені, а розслаблені.



**Додаток Р**  
**Застосування комплексів фізичних вправ**  
**при різних формах ДЦП**

Основним засобом лікувальної фізичної культури є спеціально підібрані вправи. А комплекси вправ складаються із спеціально підібраних вправ. На початку заняття з ЛФК застосовується комплекс загально розвиваючих вправ, в середині заняття використовуються комплекси спеціальних вправ, а вкінці рухливі ігри, спортивні ігри.

**Комплекс загально розвиваючих вправ для дітей з ДЦП і ЗПР**

1. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, ноги прямі, руки вздовж тулуба, повороти голови вправо, вліво. Виконати 10 разів.
2. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, ноги прямі, руки вздовж тулуба. Піднімання голови. Виконувати 10 разів.
3. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, ноги прямі;
  - на раз по маті плавне піднімання рук вгору;
  - на два по маті плавне опускання рук вниз;
  - на три – чотири те саме. Виконати 8-10 разів.
4. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, ноги прямі;
  - на раз праву руку підняти вгору, ліву опустити вниз;
  - на два ліву руку підняти вгору, праву опустити вниз;
  - на три – чотири те саме. Виконати 8-10 разів.
5. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, ноги прямі; руки підняті перед собою, імітувати руками «різання ножицями».
6. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, ноги прямі;
  - на раз правою рукою дістати ліве плече;
  - на два праву руку випрямити і положити на мат;
  - на три – чотири те саме виконувати іншою рукою. Виконати 8 разів.

7. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, руки прямі вздовж тулуба, поперемінне піднімання прямих ніг. Виконати 8-10 разів.

8. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, руки прямі вздовж тулуба, піднімання обох ніг. Виконати 6-8 разів.

9. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, руки прямі вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінному суглобі;

- на раз праву зігнуту ногу нахилити в праву сторону;
- на два повернути у вихідне положення;
- на три – чотири те саме виконувати іншою ногою.

10. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, руки прямі вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінних суглобах;

- на раз праву ногу випрямити;
- на два повернути у вихідне положення;
- на три – чотири те саме виконувати іншою ногою.

11. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, руки прямі вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінному суглобі;

- на раз нахилити обидві ноги вправу сторону;
- на два повернути у вихідне положення;
- на три нахилити обидві ноги в ліву сторону;
- на чотири повернути у вихідне положення.

12. Вихідне положення – лежачи на маті на спині, руки прямі вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінному суглобі, піднімання тазу. Виконувати 10 разів.

13. Вихідне положення – лежачи на животі, голову тримати рівно, імітувати плавання способом «брас».

14. Вихідне положення – лежачи на животі, голову тримати рівно – випрямити руки піднімаючи верхню частину тулуба. Виконати 10 разів.

15. Вихідне положення – колінно – кистьове;

- на раз, голову опустити вниз, при цьому спину прогнути так, щоб вона мала вигляд дуги, верхівкою до верху;
- на два голову опустити вниз, при цьому спину прогнути так, щоб вона мала вигляд дуги, верхівкою до низу;
- на три – чотири те саме.

16. Вихідне положення – колінно – кистьове;

- на раз підняти праву руку вверх;
- на два повернутись у вихідне положення;
- на три – чотири те саме виконувати з іншою рукою.

Виконувати 6-8 разів.

17. Вихідне положення – колінно – кистьове;

- на раз випрямити ногу і підняти її вверх;
- на два повернутись у вихідне положення;
- на три – чотири те саме виконувати з іншою ногою.

Основним змістом занять з фізичної реабілітації так корекції вад рухової функції підлітків є **спеціальні фізичні вправи спрямованого впливу** для корекції основних рухових функцій (сидіння, види повзання і стояння на колінах, види ходьби, бігу, стрибків, уміння керувати основними рухами, психомоторні рухові уміння).

**Вправи для розвитку ритмічності**, які дають можливість проявити себе, наприклад, в танці. Ритмічні вправи сприяють розвитку уміння рухатися в певному темпі, ритмі, правильно координувати рухи.

Вправи для розвитку та поліпшення координації рухів з предметами і без них. Ці вправи сприяють вільному переключенню м'язів із одного стану в інший (спокій, напруження, розслаблення, скорочення), оволодінню складними сполученнями роботи м'язів різних частин тіла при формуванні рухових стереотипів.

**Вправи на розвиток рівноваги та тренування вестибулярного апарату** сприяють поліпшенню координації рухів, виконанню правильної постави, виробленню багатьох рухових навичок, тренуванню і нормалізації функції вестибулярного аналізатора.

**Вправи на розслаблення і розтягнення м'язів**, які є ефективними не тільки з точки зору фізіології, а і позитивно впливають на психічний стан. Використовується пасивне розтягнення, уява, ідеомоторні вправи.

**Нескладні рухливі ігри, з елементами спортивних ігор** використовуються з метою поліпшення емоціонального стану, функції відчуттів, покращенню основних рухових і вольових якостей.

### **Спеціальні вправи на пригнічення паталогічних попереково –тонічних рефлексів.**

**Вправа 1.** завдання подолання спазму м'язів – розгиначів тулуба.

В. п. – лежачи на спині руки схрещені на грудях так, щоб долоні торкалися протилежного плеча, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, спеціаліст знаходиться перед хворим, руками допомагає йому сісти.

**Вправа 2.** завдання – корекція паталогічного положення ніг. В. п. – лежачи на спині. Два спеціаліста знаходяться з права і з ліва від хворого: вони утримують руками його стегна в положенні розведення з максимально можливим розгинанням в колінних суглобах, зовнішньою ротацією зігнутих стоп (під прямим кутом). Пропонується хворим сісти. З початку ноги розводяться неповністю, а потім адаптації, все сильніше і сильніше. На перших заняттях методисти утримують кінцівки, а потім хворий сам намагається утримувати їх при виконанні вправи.

**Вправа 3.** завдання –корекція паталогічного положення ніг. В. п. – лежачи на спині, руки злегка зігнуті в ліктьових суглобах, перед грудьми, пальці зігнуті. Один спеціаліст знаходиться біля ніг хворого, утримує їх в положенні повного розгинання в колінних суглобах, розведення стегон і їх зовнішньої ротації і тильного згинання. В цей час другий спеціаліст допомагає хворому розігнути руки в ліктьових суглобах, припідняти плечовий пояс і голову.

**Вправа 4.** завдання –корекція положення рук В. п. –лежачи на животі, руки злегка зігнуті в ліктьових суглобах –перед грудьми, пальці розігнуті. Один спеціаліст утримує ноги, як написано в вправі 3, другий

спеціаліст допомагає хворому відвести руки назад і дещо назовні, підтримуючи його за лікті, потім припідняти плечовий пояс і голову.

**Увага!** Управа спрямована на розгинання м'язів тулуба (м'язів плечового поясу і спини), перешкоджає наростанню тонусу м'язів – згиначів. Якщо ж тонус м'язів – згиначів високий достатньо, то спеціаліст повинен допомогти хворому виконати цю вправу, підтримуючи його не за лікті, а за грудну клітку.

**Вправа 5.** завдання – корекція положення ніг при вставанні. В. п. – сидячи на стільці, спеціаліст, фіксує свої руки в ділянці колінних суглобів хворого, здійснюючи при цьому тиск вниз, притискають стопи до підлоги, попереджуючи виникнення напруження м'язів – згиначів стопи в момент вставання. Одночасно з цим спеціалісти контролюють положення голови і тулуба, не допускаючи кіфозування хребта в грудному відділі.

Для збереження рівноваги у дитини виробляється кіфозування хребта в грудному відділі, яке зазвичай поєднується із згинальною контрактурою в кульових суглобах. Внаслідок цього стояння можливе тільки при повному перенесенні ваги тіла на одну ногу. Ходьба здійснюється невеликими, швидкими, стрибучими кроками. Таким чином, патологічна ходьба хворих на ДЦП відображає порушення стійкості.

Вправи, спрямовані на розвиток рівноваги, характеризуються тим, що спеціаліст активно виводить дитину із „звичної рівноваги” – це досягається шляхом:

- а) підштовхування певної ділянки спини, шиї живота;
- б) пасивної зміни кута в суглобах кінцівок;
- в) навчання зараженню прийнятого положення.

Виховання стійкості рівноваги полегшує навчання правильній ходьбі.

Для розвитку правильної осанки і рухів проводиться тренування на спеціальних каталках, батуті, гімнастичній стінці і інших гімнастичних спорудах. Показані елементи рухливих ігор, хореографічні рухи під ритмічну музику.

## Спастична диплегія легкого ступеня важкості

### Комплекс № 1

Тривалість заняття -25 хвилин.

Підготовча частина -3,5 хвилин.

Дитина 2-3 рази проходить по масажному килимку у вільному темпі, виконуючи при цьому дихальні вправи (вдих і видих у придатному для себе темпі).

Спеціаліст і дитина стоять навпроти один одного, обличчям один до одного з різного боку м'язів зі своєї сторони, намагаючись просунути його вперед, 1-2 хвилини, з притаманним для себе диханням.

В. п. – дитина стоїть обличчям до „Змійки”. Ходьба вперед та назад уздовж „Змійки”, „Змійка лежить між ступнями, дитина не наступає на неї, 2-3 рази, у середньому темпі, вільний подих.

В. п. – дитина стоїть обличчям до „Змійки”. Ходьба по „Змійці” вперед та назад у напівприсяди, темп повільний.

Основна частина – 18 хвилин.

Разом з дитиною будує сходи, сходинки яких складають з кубиків. В. п. – стоячи, навпроти сходів, руки на поясі. Підняти на сходинку праву та ліву ноги, а потім повернути у вихідне положення праву і ліву ногу, по черзі 5-6 разів на кожен ногу. Темп повільний.

В. п. – сидячи, руки на поясі. Між стопами дитини лежить невелика іграшка. Нахиляючись вперед, дитина тягнеться руками, намагаючись доторкатися до предмета 4-5 разів, темп повільний.

В. п. – сидячи, руки на поясі. Дитина виконує 5-6 нахилів уперед, в середньому темпі, намагаючись дістати пальцями рук до підлоги і не зігнути при цьому коліна, темп повільний.

Спеціаліст складає сходи з 3-4-х сходинок і допомагає дитині піднятися по сходах вгору і спуститися в низ.

В. п. – стоячи з допомогою перед „Чудо-сходами”. По горизонтальній площі на нижній частині сходів дитина пересувається за допомогою медсестри, приставними кроками, праворуч ліворуч і навпаки.

В міру освоєння вправ, дитина може пересуватися й освоювати більш високі прольоти сітки. З повторенням у повільному темпі.

Заключна частина -3,5 хвилини.

У зручному для себе положенні (сидячи, напівлежачи, лежачи), дитина підкидає кульки вгору або перекидає їх до протилежного бортику басейну 1-2 хвилини, темп повільний.

Дитина повільно „перепливає” від одного бортика басейну до іншого, 1-2 хвилини, темп повільний.

### **Спастична диплегія середнього степеня важкості**

#### **Комплекс № 2**

Тривалість заняття 25 хвилин.

Підготовча частина 5 хвилин.

Ходьба по різнокольоровим „пігулкам”. Дитина з допомогою спеціаліста намагається повністю поставити всю на предмет, темп повільний.

Дитина ходить, переступаючи через «пігулки», повільний. „Пігулки” являють собою різнокольорові циліндри з зображенням на ньому різних геометричних фігур. Це сприятиме розвитку сенсорних центрів хворої дитини, розширенню її кругозору і пам'яті.

В. п. – стоячи, руки на поясі. Ходьба по килиму на носочках, на п'ятаках, на зовнішній і внутрішній стороні стопи, темп придатний для дитини.

В. п. – стоячи, руки на поясі. Присісти за допомогою дорослого, не відриваючи стопи, руки витягнуті вперед, повернутися в вихідне положення, 3-4 рази, темп повільний.

Основна частина -15 хвилин.

В. п. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, стопи – на підлозі. Розвести п'ятки в сторони і повернутися у в. п. 5-7 разів, темп прийнятний для дитини.

В. п. –лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, стопи – на підлозі. П'ятки підняти над підлогою як найвище, стопи зчеплені великими пальцями, повернутися в в.п. 5-7 разів, темп придатний для дитини.

В. п. –лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. Гомілка однієї ноги лежить на коліні іншої ноги. Стопою тієї ноги, що знаходиться зверху, виконувати кругові рухи. Теж саме повторити другою ногою 6-8 разів, темп повільний.

В. п. –сидячи на підлозі, ноги прямі. Стопи розвести в різні сторони і з'єднати назад 5-7 разів, темп придатний для дитини.

В. п. –стоячи обличчям перед „чудо сходами”. Дитина стає на нижні прольоти сходів. Перестановка ніг на один осередок 1 раз у горизонтальній і 1 раз у вертикальній площині. В міру засвоєння вправи можна переступити через осередок. Спочатку дитину необхідно страхувати, потім можна дозволити їй рухатися самостійно, темп повільний.

В. п. –стоячи перед „чудо –сходами”. Пересування по діагоналі вгору і вниз. Дійшовши по діагоналі до верхнього краю, вниз дитина спускається по вертикалі, темп повільний.

В. п. –дитина висить на руках, її підтримує спеціаліст. Необхідно зробити перехоплення руками в горизонтальній площині. Потім дитину знімають зі сходів, темп повільний.

Заключна частина -5 хвилин.

В. п. –дитина лежить у трубі на спині, руками збоку тримається за її стінки. Спеціаліст розгойдує трубу спочатку в одному темпі, потім змінює його то на швидше, то на повільніше.

Для релаксації покласти дитину на циліндр вниз обличчям і робити погойдування вперед, назад, вправо, темп повільний.

В. п. –дитина лежить на циліндрі, на спині. Спеціаліст робить такі ж самі погойдування.



## Спастична диплегія важкого ступеня

### Комплекс № 3

Тривалість заняття 20 хвилин.

Підготовча частина 5хвилин.

В. п. –дитина укладається на м'яч обличчя вниз, і спеціаліст починає повільно погойдувати її з боку в бік, вперед та назад. В міру того як дитина переборює страх, можна збільшувати амплітуду розгойдування м'яча. Коли амплітуда стане досить великою, то в момент нахилу вперед і вниз можна попросити дитину схопити з підлоги іграшку. Повторити цю вправу 2-3 рази, темп повільний.

Для розслаблення кистей рук треба попросити дитину поплескати долоньками по великому м'ячі. Спочатку зверху, потім по бічних поверхнях м'яча. Вправа повторюється 1-1,5 хвилини.

В. П. –стоячи обличчям до м'яча діаметром 6,5 см, дитина кладе долоньки на нього і м'яко погойдує його з боку в бік, розгинаючи руки в ліктьових суглобах у придатному для себе темпі.

Основна частина -10 хвилин.

„Переплисти „ басейн з одного кінця в інший 5-6 разів, темп повільний.

Дістати з дна „басейну” іграшки 1-2 хвилини в придатному для себе темпі. Знайти в „басейні” запропоновану іграшку. Хто швидше?

В.п. –лежачи в „басейні” на животі, руки в сторони, 3 рази по чергово піднімати то одну, то іншу руку вверх –вбік, повернутися у в. п. У повільному темпі.

В. п. –стоячи в „басейні”. Дитина бере м'яч двома руками, переносить його з одного краю „басейну” до другого (5-6разів), темп повільний. При виконанні цієї вправи у хворого розвивається координація рухів. Кульки, по яких ступає дитина, впливають на рефлекторні зони, розташованих на стопах, і сприяють формуванню склепіння стопи при плоскостопості.

В. п. –напівсидячи в „басейні”. Дитина за допомогою дорослого сортує кульки за кольором, вимовляючи слова вголос (2-3 хвилини), у придатному для себе темпі.

Заклучна частина – 5хвилин.

Ходьба по масажному килимку на носочках, на п’ятках, на зовнішній і внутрішній стороні стопи, почергово, 1-2 хвилини, темп повільний.

Ходьба по різнокольоровим „пігулкам”, при цьому треба стежити за тим, щоб дитина повністю ставала стопу на поверхню, 1-2 хвилини, темп повільний.

**Геміплегічна форма**, як правило, виявляється до 6-10 місяців життя дитини. Для цієї форми характерні ушкодження однойменних кінцівок, але частіше виражений парез верхніх кінцівок, уражаються переважно дистальні відділи. Спостерігається деформація у колінних суглобах. Поступово нарастають явища геміпарезу і з’являється типова для цієї форми пози. З віком у дітей формується склероз, перекіс таза, еквінно – варусна деформація стоп з рефлексією Ахіллового сухожилля. Відзначається висока судомна готовність у дітей з такою формою захворювання, а також розлад мовної функції і затримка психічного розвитку. З огляду на особливості прояву цієї форми ДЦП, ми склали і запропонували використовувати у відповідності зі ступенем важкості три комплекси (№4, №5, №6).

### **Геміплегія легкого ступеня важкості**

#### **Комплекс № 4**

Тривалість занять -25 хвилин.

Підготовча частина - 3,5 хвилини.

Ходьба по „пігулкам”, 1 хвилину, темп повільний.

Ходьба з переступанням через „пігулки”, 1 хвилину, темп повільний, змійкою між „пігулками”, 1 хвилину, темп придатний для дитини.

Стрибки на місці на двох ногах, якщо дитина може їх робити.

Основна частина -18 хвилин.

Дитина за допомогою дорослого складає з блоків багатофункціонального набору композицію „нірка”, інструктор пропонує ситуаційні завдання:

а) це нірка змійки, змійка заповзає у свою нірку – дитина, лежить на животі, за допомогою рук і ніг намагається заповзти в нірку.

б) це нірка мишки – ті ж дії дитина виконує навкарачки чи напівприсівши.

Дитина виконує ці вправи в придатному для себе темпі.

Дитина, разом з дорослим складає смугу перешкод із блоків багатофункціонального набору таким чином, щоб можна було чергувати повзання під перешкодами (не менше 3-х разів) і переступання (перестрибування) через них (не менше 3-х разів).

Смуга перешкод закінчується перед „чудо – сходами”. Виконуючи вправи на цьому модулі, варто особливу увагу на те, що дитина правильно і надійно виконала захоплення обома руками. Горизонтальною площиною на нижній частині сходів дитина пересувається за допомогою спеціаліста приставними кроками, праворуч – ліворуч і навпаки. Така ж сама вправа виконується і у вертикальній площині, 2-3 хвилини, темп середній, виконується обов’язково із страховкою.

В. п. – стоячи обличчям до „чудо – сходів” захоплюючи щабель.

Перестановки ніг на один щабель у вертикальній і горизонтальній площинах, потім через щабель, 2-3 хвилини, темп повільний.

В. п. – стоячи на нижній частині обличчям до сітки, тримаючись витягнутими руками за верхні частини сітки і за команду „вітер” дитина робить перехоплення руками за нижче розташовані поперечні сітки, а потім повертається у в. п. 2-3 рази у середньому темпі.

Заключна частина – 3,5 хвилини.

В. п. – дитини лягає на м’яч обличчям вниз, і спеціаліст починає повільно погойдувати його з боку в бік, вперед та назад. У міру того як дитина переборює свій страх, можна збільшувати амплітуду розгойдування

м'яча. Коли амплітуда стане досить великою, то в момент нахилу вперед і вниз можна попросити дитину схопити з підлоги будь – яку іграшку. Повторити цю вправу 5-6 разів, темп повільний.

В. п. – стоячи обличчям до м'яча. Попросити дитину поплескати долонями по великому м'ячі, спочатку зверху, потім по бічних поверхнях м'яча. Вправа повторюється 1-2 хвилини у придатному для дитини темпі.

В. п. – стоячи обличчям до м'яча. Дитина кладе долоньки на м'яч діаметром 65см і легко погойдує його з боку в бік, розгинаючи руки в ліктьових суглобах 1-2 хвилини у придатному для дитини темпі.

### **Геміплегія середнього ступеня важкості**

#### **Комплекс № 5**

Тривалість заняття 25 хвилин.

Підготовча частина -5 хвилин.

Ходьба по масажному килиму „Гофр” на пальчиках, на п'ятках, на внутрішній стороні стопи 1 хвилину, темп повільний.

Ходьба по „пігулках”, наступаючи на всю стопу, 1-2 хвилини, темп повільний.

Ходьба „змійкою” між „пігулками” 1 хвилину, темп повільний.

Біг „змійкою” між „пігулками” 1 хвилину, темп середній.

Основна частина -15 хвилин.

В. п. – дитина обличчям до м'яча діаметр 65 см тримає його на витягнутих руках, по команді спеціаліст піднімає його над головою, опускає вниз, відводить по черзі то в праву то в ліву сторони. Кожен рух повторюється 3-4 рази, темп повільний.

В. п. – дитина стоїть перед килимом „Гофр”. На протилежному кінці килима лежить м'ячі чи іграшки (4-5 штук). Завдання дитини дійти до килиму на носочках до протилежного кінця, взяти іграшку обома руками, підняти її перед собою ( чи над головою) і повернутися у вихідне положення, але вже наступаючи на п'ятки, темп середній.

В. п. – спеціаліст і дитина стоять навпроти один одного з обох сторін циліндра. Методист створює невелику опору зі своєї сторони, а дитина штовхає циліндр зі своєї сторони, намагається просунути його вперед 1 хвилину.

В. п. –стоячи обличчям до циліндр. Попросити дитину проповзти крізь отвір у циліндрі як „кішечка” (3-4рази), як „змійка” –на животі (3-4рази), у додатному для дитини темпі.

Заклучна частина -5 хвилин.

В. п. –дитина лягає вздовж циліндра на спину чи на живіт і тримається руками за краї циліндра. Спеціаліст розгойдує трубу – циліндр в різні сторони, рівномірно в повільному темпі, 2-3 хвилини.

У сухому басейні дитина „перепливає” від одного бортика до іншого в зручному для себе темпі.

### **Геміплегія важкого ступеня.**

#### **Комплекс № 6**

Тривалість заняття 20 хвилин.

Підготовча частина – 5хвилин.

В. п. –сидячи в басейні, з прямими ногами, дитина руками тримається за бортики. Підняти праву ногу, опустити, потім виконати теж саме лівою ногою, 3-4 рази кожною ногою у додатному для себе темпі.

В. п. –сидячи в басейні. Підняти ногу і перенести її через хвору ногу, повернутися у вихідне положення. Те ж повторити хворою ногою, 4-5 разів для кожної ноги у повільному темпі. При виконанні цих вправ варто звернути увагу на правильність виконання вправ ураженою кінцівкою.

Дитина „перепливає” басейн 3-4 рази у додатному для неї темпі.

Основна частина -10 хвилин.

В. п. –у басейні лежачи на животі, руки опущенні до дна басейна, голова утримується над кульками. Дитина дістає кульки з дна басейну з початку однією рукою і намагається відвести її вбік, потім іншою рукою. Голова дитини при цьому повинна залишатися над кульками, 3-4 рази у повільному темпі.

В. п. –у басейні лежачи на животі, руки опущенні до дна басейна, голова утримується над кульками. Дитина робить гребками руками і ногами, імітуючи плавання у воді, 1-2 хвилини, темп повільний.

В. п. –лежачи на спині у „басейні”. Дитина підтягує до тулуба обидві ноги зігнуті в колінних суглобах і обхоплює їх руками –групуєчись, утримує себе в цьому положенні 10-15 секунд і повертається у вихідне положення, 1-2 хвилини.

В. п. –сидячи спиною до бортика басейну. Біля протилежного бортика стоїть фахівець, дитина кидає йому кульки, сортуєчи їх по кольору. Особливу увагу варто звертати на кидок ураженою кінцівкою. Необхідно домагатися в ході заняття того, щоб кидки здоровою і хворою рукою виконувалися з однаковою силою і точністю, 1-2 хвилини в придатному для себе темпі.

Заключна частина – 5 хвилин.

В. п. –стоячи обличчям до м'яча. Для розслаблення кисті, попросити дитину поплескати долонями по великому м'ячі, з початку зверху, потім по боках м'яча. Вправа повторюється 5-7 разів у повільному темпі.

В. п. –дитина лягає вздовж циліндра. Фахівець розгойдує трубу – циліндр в різні сторони, рівномірно в повільному темпі, 2-3 хвилини.

**Подвійна геміплегія** є найважчою формою церебрального паралічу, що виникає внаслідок глибокого ураження мозку в пренатальний період.

Настановні випрямні рефлекси, а також довільна моторика не розвивається. Високий тонус м'язів супроводжуються надмірною активністю патологічних рефлексів. Швидко формуються згинально – приводячи контрактири у кінцівках. Дитина практично стає нерухливою. Відставання в психічному розвитку проявляється у вигляді олігофренії в стадії глибокої дебільності, імбецильності чи ідіотії. Глибоко порушена мова ( псевдобульбарної дизартрії, анартрії). Виходячи з того, що подвійна геміплексія є важкою формою ДЦП, доцільно запропонувати єдиний комплекс вправ для хворих з подібною формою. Ускладнення комплексу

можливо за рахунок включення додаткових вправ і продовження тривалості виконання процедури від 15 до 20 хвилин. При подвійній геміплегії використовуємо наступний комплекс лікувальної гімнастики.

### **Комплекс № 7**

Тривалість занять 15-20 хвилин.

Підготовча частина 4-5 хвилини відповідно.

Ходьба по масажному килимку за допомогою спеціаліста, 1-2 хвилини.

Ходьба по „пігулкам”, наступаючи на всю стопу 1-2 хвилини.

Ходьба по „змійці” 2 хвилини.

Основна частина – 7-10 хвилин відповідно.

Смуга перешкод влаштовується таким чином, щоб дитина на початку курсу лікувальної гімнастики навчалися підтягуватися на руках, лежачи на животі, потім плазувати на четвереньках і переповзати через перешкоду.

В. п. –стоячи на колінах перед дитиною знаходиться м'яч. Хворий повинен постаратися закопати цей м'яч між побудованими неподалеку ворітцями у придатному для себе темпі.

В. п. –стоячи обличчям до м'яча, спираючись руками на м'яч. Попросити дитину пройти кілька кроків з опорою. В міру освоєння цієї вправи можна перенести опору на одну руку, а потім пересуватися без опори на м'яч. Темп повільний.

В. п. –стоячи на м'яких матах ліворуч від „чудо –сходів”, тримаючись за них правою рукою. Завдання дитини пройти кілька кроків вздовж сітки, і тримаючись за сітку іншою рукою повернутися у вихідне положення.

В. п. –стоячи обличчям до циліндра, інструктор навпроти створює опору. Завдання дитини, переборюючи невеликий опір з боку спеціаліста спробувати просунути циліндр вперед, 1-2 хвилини.

В. п. –сидячи, руки в упорі, ноги прямі, між ступнями лежать предмет. Підняти ноги і опустити їх на предмет. Потім повернутися у вихідне положення, 3-4 рази, темп повільний.

Заключна частина – 45 хвилин відповідно.

В. п. –дитина знаходиться в „басейні” в розслабленому, зручному для себе положенні (лежачи, стоячи, напівсидячи). Потім можна почати повертати дитину то на лівий то на правий боки, спочатку за допомогою спеціаліста, потім дитина виконує повороти самостійно по 5-6 разів у кожен бік у повільному темпі.

В. п. –дитина лежить в „басейні” на животі. Запропонувати дитині повільно перепливти басейн. Вправа повторюється 5-8 разів. Для створення позитивної мотивації до руху можна використовувати улюблені іграшки дитини, поставивши їх на протилежному кінці басейну. Темп повільний.

В. п. – лежачи на спині в „басейні” спеціаліст стоїть навпроти хворого. Дитина бере в руки кульки і кидає її у бік методиста (7-10 кидків кожною рукою), при цьому, необхідно проговорити якого кольору кулька і звертати на це увагу дитини. Темп придатний для дитини.

У положенні, напівсидячи, дитина за допомогою спеціаліста сортує кульки за кольором, вимовляючи слова в голос (2-3 хвилини). У придатному для дитини темпі.



## Додаток С

### Форми організації корекційного фізичного виховання дітей з порушеннями ОРА

*Ранкова гігієнічна гімнастика* проводиться щодня до сніданку протягом 10—20 хв. залежно від характеру, ступеню і рівня патології, функціонального стану. Мета гігієнічної гімнастики — підготовка організму до переходу від стану фізіологічного спокою до повсякденних фізичних навантажень, пов'язаних з побутовою і трудовою діяльністю. Ранкова гігієнічна гімнастика, як правило, проводиться в палатах, холах, залах ЛФК, на спортивних майданчиках під керівництвом інструктора ЛФК груповим методом в спеціальних лікувальних і санаторно-курортних закладах, а також в домашніх умовах за допомогою родичів або самостійно.

Комплекси гігієнічної гімнастики складаються зазвичай з 9—10 гімнастичних вправ за схемою:

- 1- потягування, дихальні вправи;
- 2 - для поліпшення мозкового кровообігу;
- 3 - для м'язів плечового поясу;
- 4 - для м'язів тулуба і хребта;
- 5 - для м'язів ніг;
- 6- на точність і координацію рухів;
- 7 - дихальні вправи.

*Лікувальна фізкультура* — одна з основних форм організації занять фізичними вправами для інвалідів. Це визначається, з одного боку, широтою дії лікувальних фізичних вправ на різні функціональні системи організму — серцево-судинну, дихальну, опорно-рухову, нервову, ендокринну, а з іншого боку, — тренуючим і відновним ефектом цих вправ при недостатності різних функцій організму. Необхідно лише виділити основні принципи, що відображають специфіку вживання ЛФК:

1. Чітка диференціація цілей і завдань ЛФК, виходячи з аналізу можливостей, що забезпечують відновлення м'язової сили і координації рухів, попередження і усунення контрактур, вироблення самостійного пересування, розвиток можливості до маніпулятивних дій, придбання навичок побутового самообслуговування, нормалізацію обміну речовин, дихання, придбання нових професійних навичок.

2. Інтегративне використання в комплексі ЛФК різних методик.

3. Диференціація методики із застосуванням гімнастичних вправ, спортивних і рухливих ігор, вправ прикладного характеру.

4. Гімнастичні вправи, що включаються в комплекс, повинні визначатися клінічним синдромом рухових розладів, типом порушення м'язового тону, станом координації. Особливо важливими є вправи по відновленню здібності до маніпулятивних дій.

5. Чітка диференціація вживання різних видів масажу ( класичного сегментарного, точкового, вібро-, гідро- і самомасажу, електро- і вібро- стимуляції м'язів

6. Вправи прикладного типу повинні включати комплексну систему розвитку і навчання ходьбі як засобу самостійного пересування.

7. Ефективним є включення в комплекс спортивних ігор і змагань. Індивідуальні і групові заняття ЛФК проводяться протягом 10—30 хв. один-два рази на день в залах ЛФК стаціонарних лікувальних і санаторно-курортних закладів, поліклінік, на спортивних майданчиках, в басейнах тощо.

*Самостійні заняття фізичними вправами в умовах побуту* необхідно включати щодня в режимі рухової активності інвалідів. Протягом дня доцільно проводити 3—4 заняття тривалістю по 15—30 хв. В цілях підвищення ефективності фізичних вправ на функціональний розвиток організму і рівень фізичної підготовленості рекомендується використання в індивідуальних заняттях різних тренажерних систем, пристосувань і снарядів (гантелі, еластичні, гумові бинти, еспандери,

блокові системи і ін.), що дозволить полегшити завдання нормування фізичних навантажень, створення програм локальної дії на окремі групи м'язів і системи організму.

*Спеціальні коректувальні заняття* як основну ланку активної корекції включають до комплексу профілактичних заходів (режим, гімнастика, масаж, корекція поз, ортопедичних пристосувань, вправи на тренажерах і ін.), сприяючих повному або частковому усуненню анатомо-функціональної недостатності опорно-рухового апарату. Розрізняють корекцію активну і пасивну. Корекція ділиться також на загальну в спеціальну. Коректувальні заняття проводяться, як правило, в спеціальних залах ЛФК (під керівництвом інструкторів), можливий також спосіб організації самостійних індивідуальних коректувальних занять в умовах побуту під контролем лікаря, педагога, соціального працівника. Коректувальні заняття необхідно включати в тижневий руховий режим щоденних занять по 15—30 хв.

Прогулянки, ближній туризм — форми фізичного виховання, що не вимагають тривалої підготовки і використання складного устаткування і пристосувань. Прогулянки включають в щоденний руховий режим на всіх етапах реабілітації. Термін прогулянок залежить від температури довкілля, функціонального стану інвалідів, можливості використання цього виду самостійних занять. Ближній туризм може бути організований групою інвалідів, що займаються в одній секції або об'єднанні за територіальним принципом, а також самостійно і проводиться, як правило, протягом одного дня. Включення туризму в тижневий руховий режим інвалідів, дозволяє забезпечити поєднання активного сприйняття середовища з дозованим фізичним навантаженням, сприяє зниженню напруги нервової системи, поліпшенню функціонального стану основних систем організму, підвищенню рівня фізичної підготовленості інвалідів.

Аналіз результатів дослідження з позиції єдності рухового і функціонального структурних компонентів в цілісній біодинамічній сис-

темі рухової дії дозволить сформулювати ряд педагогічних положень, що відображають провідні закономірності коректувального ефекту рухової сфери інвалідів шляхом вживання індивідуально дозованих навантажень різної спрямованості і потужності з використанням тренажерів і тренажерних систем. Основу цих положень складає принцип дифференціально-інтегральних оптимумів вживання фізичних навантажень, що значно поширює діапазон фонду життєво важливих умінь і навичок, підвищує функціональні можливості організму інвалідів.

До експериментальної програми, окрім традиційних відновлювальних заходів (ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, медикаментозне лікування та ін.), було введено нетрадиційні засоби фізичного виховання: спеціальні дихальні вправи, фізичні вправи спрямовуючого впливу (для формування правильної постави, корекції порушень просторового сприйняття, тренування вестибулярного апарату і м'язового відчуття, поліпшення координації рухів), рухливі ігри та вправи на тренажерних пристроях. Водночас нами застосовувалися: йод-електрофорез на пошкоджені кінцівки; йодо-бромні ванни з температурою; парафіно-озокеритові аплікації на пошкоджені кінцівки; масаж м'язів (при підвищеному тонусі - розслаблювальні прийоми, при ослаблених м'язах - зміцнювальні), що постійно поєднувався з масажем комірцевої зони.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Авраменкова В. В. Детское сознание и проблемы демонизации / В. В. Авраменкова // Вопросы психологии. – 2001. – № 10. – С. 11–18.
2. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. И. Акатов – М. : ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
3. Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста / Н. М. Аксарина. – М. : Медицина, 1972. – 264 с.
4. Аксенова Л. И. Правовые основы специального образования и специальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л. И. Аксенова // Дефектология. – 1997. – № 1. – С. 3–10.
5. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. завед. / Л. И. Аксенова. – М. : Академия, 2001. – 192 с.
6. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : в 2 т. / Б. Г. Ананьев. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1. – 288 с.
7. Анастаси А. Психологическое тестирование : кн. 2 / А. Анастаси ; под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовского. – М. : Педагогика, 1982. – 292 с.
8. Антонюк С. Д. Комплексная реабилитация детей дошкольного возраста, имеющих стойкие отклонения в состоянии здоровья : учебное пособие / С. Д. Антонюк. – Тамбов : ТГУ, 2002. – 132 с.
9. Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы / Е. А. Аркин. – М. : Просвещение, 1968. – 442 с.
10. Арнольдov А. И. Концепция социальной работы / А. И. Арнольдov. – М. : МГИК, 1993. – 204 с.
11. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоровье, 1988. – 316 с.

12. Безпалько О. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми обмежених функціональних можливостей : методичні рекомендації / О. Безпалько, С. Едель ; за ред. А. Й. Капської. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. – 32 с.

13. Беляева Л. А. Категории ”социальная работа” и ”социально-педагогическая деятельность” в их взаимосвязи / Л. А. Беляева, М. А. Беляева // Понятийный аппарат педагогики и образования : сб. науч. тр. / отв. ред. М. А. Галагузова. – Екатеринбург : Св-96, 1998. – Вып. 3. – С. 185-196.

14. Бех І. Д. Виховання особистості. У 2 кн. Кн. 2: Особистісно-орієнтований підхід: науково-практичні засади / І. Д. Бех. – К. : Либідь, 2003. – 344 с.

15. Богуславская И. М. Развивающие игры для детей младшего дошкольного возраста / И. М. Богуславская, Е. О. Смирнова. – М. : Просвещение, 1991. – 208 с.

16. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – М. : Просвещение, 1968. – +464 с.

17. Бондар В. І. Психолого-педагогічні основи розвитку дітей в системі М. Монтесорі : навчальний посібник / В. І. Бондар, А. М. Ільченко. – Полтава : РВВ ПДАА, 2009. – 252 с.

18. Бондарь В. И. Реабилитация детей-инвалидов – общегосударственная проблема / В. И. Бондарь // Вопросы курортологии, физиотерапия и ЛФК. – 1995. – № 3. – С. 22–25.

19. Бондар В. І. Спеціальне навчання: забезпечення та реалізація принципу рівних можливостей / В. І. Бондар // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. – К. : ІЗМН, 1998. – Ч. І. – С. 71–78.

20. Бондаренко Г. И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей / Г. И. Бондаренко // Дефектология. – 1977. – № 11. – С. 15–23.

21. Бондаренко Е. С. Современные подходы к патогенезу и реабилитации при заболеваниях нервной системы у детей / Е. С. Бондаренко // Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 107–108.

22. Борытко Н. М. Пространство воспитания: образ бытия : монография / Н. М. Борытко ; науч. ред. Н. К. Сергеев. – Волгоград : Перемена, 2000. – 224 с.

23. Буева Л. П. Социальная среда и создание личности / Л. П. Буева. – М. : МГУ, 1968. — 164 с.

24. Вегнер А. А. Воспитание и обучение: дошкольный возраст / А. А. Вегнер. – М. : Просвещение, 1969. – 364 с.

25. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации / М. Ю. Веденина // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 31–40.

26. Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов / Дэвид Вернер. – М. : Филантроп, 1995. – 654 с.

27. Висоцька А. Вивчення особливостей корекційно-виховного процесу у спеціальних школах-інтернатах / А. Висоцька // Дефектологія. – 2001. – № 2. – С. 13–17.

28. Власова Т. А. Дети с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : [б. и.], 1973. – 256 с.

29. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1967. – 208 с.

30. Вступ в абілітацію та реабілітацію дітей з обмеженнями життєдіяльності : навчальний посібник / під. наук. ред. А. Г. Шевцова ; заг. ред. В. В. Бурлаки. – К. : ГЕРБ, 2007. – 288 с.

31. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1956. – 450 с.

32. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 5 – 368 с.

33. Выготский Л. С. Психологические основы формирования личности в педагогическом процессе / Л. С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 2. – 368 с.

34. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский ; под ред. В. В. Давыдова. – М. : Педагогика, 1991. – 480 с.

35. Гайдукевич С. Е. Средовый подход в инклюзивном образовании / С. Е. Гайдукевич // Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы. – Минск : Четыре четверти, 2007. – С. 34–46.

36. Герцен Г. И. Реабилитация детей с поражением опорно-двигательного аппарата в санаторно-курортных условиях / Г. И. Герцен, А. А. Лобенко. – М. : Медицина, 1991. – 272 с.

37. Гільбух Ю. Розумово обдарована дитина: психологія, діагностика, педагогіка / Ю. Гільбух. – К. : Віпол, 1993. – 76 с.

38. Глоба А. П. Организационные и практические основы физического воспитания инвалидов с нарушениями функций спинного мозга / А. П. Глоба. – М. : Сов. спорт, 1990. – 180 с.

39. Глоба А. П. Педагогические аспекты коррекции двигательных функций калек с нарушениями функций спинного мозга / А. П. Глоба. – М. : Сов. спорт, 1989. – 124 с.

40. Глоба О. П. Програма підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі : методичні вказівки / О. П. Глоба, Ю. О. Долинний. – Луганськ : ЛНПУ ім. Тараса Шевченка, 2007. – 112 с.

41. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под ред. В. А. Сластенина ; 2-е изд., перераб. – М. : Академия, 2002. – 272 с.

42. Горинова З. В. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями : учеб.-метод. пособие / З. В. Горинова. – Балашов : Балаш. фил. Сарат. гос. ун-та им. Н. Г. Чернышевского, 2002. – 318 с.



43. Григоренко В. Г. Науково-практичні основи розвитку рухових здібностей людини / В. Г. Григоренко. – Одеса : ГПУ ім. К. Д. Ушинського, 2001. – 102 с.

44. Григоренко В. Г. Педагогические основы физической реабилитации калек с нарушениями функций спинного мозга / Григоренко В. Г. – М. : Советский спорт, 1991. – 184 с.

45. Григоренко В. Г. Теория дифференциально-интегральных оптимумов педагогических факторов в физической реабилитации человека / В. Г. Григоренко. – М. : Фонд социальных изобретений России, 1993. – 108 с.

46. Гудонис В. Проблемы интегрированного обучения детей со специальными потребностями и пути их решения / В. Гудонис, В. Навицкиене // Социальные образовательные потребности. – М. : Тарту, 1998. – С. 152–158.

47. Гуткина Н. И. Психологическая готовность к школе / Н. И. Гуткина. – 4-е изд. – СПб. : Питер, 2004. – 176 с.

48. Гудзик І. Розвиток навичок читання / І. Гудзик. – К. : Освіта, 1993. – 92 с.

49. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения: опыт теоретического и экспериментального психологического исследования / В. В. Давыдов. – М. : Педагогика, 1986. – 240 с.

50. Даніелс Р. Залучення дітей з особливими потребами до системи загальноосвітніх класів / Р. Даніелс, К. Стаффорд– Львів : Надія, 2000. – 256 с.

51. Декларація прав дитини. – К. : Столиця, 1998. – С. 8–70.

52. Демчук С. П. Соціальна інтеграція та реабілітація неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання / С. П. Демчук, О. С. Куц ; Укр. академія наук нац. прогресу ; Львів. держ. ін-т фіз. культури. – Львів : Укр. технології, 2003. – 148 с.

53. Денискина В. З. Коррекция двигательной сферы слепых детей начальных классов как составная часть занятий по ориентировке в пространстве / В. З. Денискина // М-лы науч.-практ. конф. – Н. Новгород : [б. и.], 2002. – С. 27-31.

54. Денискина В. З. Психолого-педагогические вопросы обучения детей с нарушением зрения / В. З. Денискина, В. А. Лоница, Л. И. Солнцева. – М. : ВОС, 1995. – 212 с.

55. Детский сад и семья / под ред. Т. А. Марковой. – М. : Педагогика, 1986. – 204 с.

56. Дитина : програма виховання і навчання дітей дошкільного віку / під ред. О. В. Проскури. – К. : Освіта, 1993. – 272 с.

57. Діти і соціум: особливості соціалізації дітей дошкільного та молодшого шкільного віку : монографія / А. М. Богуш, Л. О. Варяниця, Н. В. Гавриш, С. М. Курінна, І. П. Печенко ; наук. ред. А. М. Богуш ; за заг. ред. Н. В. Гавриш. – Луганськ : Альма матер, 2006. – 368 с.

58. Долинний Ю. О. Гуманізм у соціальній роботі з дітьми, які мають обмежені можливості / Ю. О. Долинний // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія / за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ (ХХП), 2006. – № 10. – С. 200–202.

59. Долинний Ю. О. Підготовка дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі / Ю. О. Долинний // Соціалізація особистості : збірник наукових праць / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. – Том XXX. – С. 239–246.

60. Долинний Ю. О. Проблеми соціалізації дітей з особливостями психофізичного розвитку в сучасній педагогічній літературі / Ю. О. Долинний // Соціальна педагогіка: теорія та практика : журнал / за ред. С. Я. Харченко. – Луганськ : ЛНПУ ім. Тараса Шевченка, 2007. – № 2. – С. 53–59.

61. Долинний Ю. О. Програма підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі / Ю. О. Долинний // Проблеми сучасної педагогічної освіти : зб. статей. – Ялта : РВВ КГУ, 2006. – Вип. 12, ч. 2. – С. 202–208. – (Сер.: Педагогіка і психологія).

62. Долинний Ю. О. Рівень готовності до навчальної діяльності дітей дошкільного віку з вадами в розвитку / Ю. О. Долинний // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова : зб. наукових праць. – К. : НПУ імені Драгоманова, 2007. – Вип. 5, ч. 1. – С. 161–164. – (Серія 11: Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління).

63. Долинний Ю. О. Соціальна адаптація та корекційна робота з дітьми дошкільного віку, які мають обмежені можливості / Ю. О. Долинний // Соціальна педагогіка: теорія та практика / за ред. С. Я. Харченко. – Луганськ : ЛНПУ ім. Тараса Шевченка, 2006. – № 3. – С. 18–22.

64. Долинний Ю. О. Соціально-педагогічні проблеми навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітній школі / Ю. О. Долинний // Психолого-педагогічні та соціальні аспекти шкільної дезадаптації на початковому етапі шкільного навчання : матеріали 2-ї регіональної науково-практичної конференції. – Луганськ : Альма матер, 2007. – С. 78–83.

65. Долинний Ю. О. Упровадження програми підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі / Ю. О. Долинний // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту : у 4 т. – Львів : Українські технології, 2007. – Вип. 11, т. 2. – С. 122–126.

66. Долинний Ю. О. Фізичне виховання і спорт як засіб соціалізації та адаптації молоді з обмеженими можливостями / Ю. О. Долинний // Физическое воспитание и спорт в высших учебных заведениях : зб. статей : 2-я международная электронная научная конференция (6 июня 2006 г.) /

под ред. проф. С. С. Ермакова. – Харьков-Белгород-Красноярск, 2006. – С. 35–39.

67. Драгоманов М. П. Вибране / Драгоманов М. П. – К. : Либідь, 1991. – 688 с.

68. Екжанова Е. А. Специальная психология и коррекционная педагогика : учебная программа курса / Е. А. Екжанова.– М. : [б. и.], 2000. – 188 с.

69. Ертанова О. Н. Средства и методы реабилитации детей с особенностями развития и инвалидностью / О. Н. Ертанова // Проблемы образования детей с особенностями развития и инвалидностью. – М. : Изд. пед. инноваций, 1998. – С. 14–22.

70. Ефименко Н. Н. Детские церебральные параличи / Н. Н. Ефименко, Б. В. Сермеев. – Одесса : [б. и.], 2000. – 240 с.

71. Ефименко Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н. Н. Ефименко. – М. : Сов. спорт, 1991. – 56 с.

72. Єрмаков І. Г. Життєтворчий потенціал реабілітаційної педагогіки / І. Г. Єрмаков // Реабіліт. педагогіка на рубежі ХХІ ст. – К. : ІЗМН, 1998. – С. 53–67.

73. Журба Л. Т. Лечение церебральных параличей в раннем возрасте / Л. Т. Журба // М-лы 2-го международного симпозиума по детскому церебральному параличу. – Прага : [б. и.], 1967. – 316 с.

74. Загвязинский В. Методология и методика дидактического исследования / В. Загвязинский. – М. : Педагогіка, 1982. – 160 с.

75. Закон Украины „О дошкольном образовании” // Голос Украины. – 2 августа 2001. – № 136 (2636). – С. 3–4.

76. Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 56–64.

77. Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 165–169.

78. Закон України „Про психіатричну допомогу” // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2000. – № 19. – С. 143.

79. Замятина Ю. В. Педагогическая поддержка личностного развития детей с ограниченными возможностями (дошкольный и младший школьный возраст) / Ю. В. Замятина – Ростов н/Д. : [б. и.], 2002. – 180 с.

80. Запорожец А. В. О психологии детей раннего и дошкольного возраста / А. В. Запорожец. – М. : [б. и.], 1969. – 28 с.

81. Зарецкий В. К. Проблемы дифференцированного обучения и возможности интеграции / В. К. Зарецкий // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования : сб. науч. тр. и проектных материалов / Ин-т пед. инноваций РАО. — М. : Ин-т пед. инноваций РАО, 1995. – С. 29–33.

82. Зацепин Т. С. Ортопедия детского и подросткового возраста / Т. С. Зацепин. – М. : Медгиз, 1949. – 280 с.

83. Зверева І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні : теорія та практика / І. Д. Зверева. – К. : Правда Ярославичів, 1998. – 332 с.

84. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Как помочь особому ребенку : книга для педагогов и родителей / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич. – 3-е изд. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. – 128 с.

85. Золотоверх В. В. Становлення та розвиток дошкільних закладів для дітей з психофізичними вадами в системі спеціальної освіти України : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / В. В. Золотоверх ; Ін-т дефектології АПН України. – К., 2001. – 20 с.

86. Зыкова Т. С. Единый подход к учебно-воспитательному процессу в школе-интернате для детей с нарушениями слуха / Т. С. Зыкова // Из опыта работы Семеновской средней школы-интерната для детей

с нарушениями слуха / под ред. Т. С. Зыковой, Э. Н. Хотеевой. – Йошкар-Ола : Марийский институт образования, 1999. – 204 с.

87. Зыкова Т. С. Развитие речи : 1-й класс : учебник (I вид) / Т. С. Зыкова. – М. : Просвещение, 2006. – 240 с. – (Коррекционная педагогика).

88. Зыкова Т. С. Система оценки учебно-познавательных достижений неслышающих школьников, функциональная характеристика и оформительские ориентиры / Т. С. Зыкова // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 25–30.

89. Игровая терапия как метод интеграции и реабилитации : учебное пособие / [отв. ред. и составитель С. В. Колкова]. – М. : Прав человека, 2001. – 88 с.

90. Иполитова М. В. К проблеме обучения детей с двигательными нарушениями / М. В. Иполитова // Детские церебральные параличи. – Л. : [б. и.], 1974. – С. 137–138.

91. Иполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Иполитова, Р. Д. Бабенкова, О. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1980. – С. 48.

92. Ілляшенко Т. Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі : навч.-метод. посіб. / Т. Д. Ілляшенко. – К. : [б. в.], 2003. – 156 с.

93. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції : зб. теор. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / упоряд. І. Д. Зверева. – К. : А.Л.Д., 1995. – 96 с.

94. Калижнюк Э. С. К вопросу о реабилитации и социальной адаптации детей, страдающих церебральным параличом / Э. С. Калижнюк // Реабилитация больных нервными и психическими болезнями. – Л. : [б. и.], 1973. – С. 245–248.

95. Капська А. Й. Соціально-педагогічна діяльність як умова соціалізації особистості / А. Й. Капська // Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : навчально-методичний посібник. – К. : УДЦССМ, 2001. – 220 с.

96. Карвялис В. Специальное образование детей с ограниченными возможностями и подготовка педагогов-дефектологов, а также педагогов и психологов по специальной работе в Литве / В. Карвялис // Дефектология. – 1998. – № 1. – С. 87–94.

97. Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : Владос, 1998. – 208 с.

98. Клімова Ю. А. Соціальна робота з сім'ями дітей з обмеженими можливостями / Ю. А. Клімова // Світ психології. – 2001. – № 2. – С. 243–253.

99. Кобильченко В. Виховання дитини з психофізичними проблемами в сім'ї / В. Кобильченко // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. – К. : Контекст, 2000. – 336 с.

100. Козленко Н. А. Физическое воспитание учащихся младших классов вспомогательной школы / Н. А. Козленко. – К. : Рад. школа, 1966. – С. 3–10.

101. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы / В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов. – Львов : Українські технології, 1999. – 132 с.

102. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 458 с.

103. Коменский Я. А. Великая дидактика / Я. А. Коменский // Избр. пед. произведения : в 2 т. / Я. А. Коменский. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 1. – 460 с.

104. Конвенція ООН про права дитини. – К. : Столиця, 1998. – 32 с.

105. Кон И. С. Ребенок и общество / И. С. Кон. – М. : Наука, 1988. – 268 с.

106. Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами (Схвалено Колегією Міністерства освіти України від 23 червня 1999 р. № 7/5-7 та Президією Академії педагогічних наук України від 16 червня 1999 р. № 1-7/6-76) // Дефектологія. – 1999. – № 4. – С. 2–8.

107. Концепція про права інвалідів ; [неофіційний переклад] / Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 61/106, прийнята 61-ю сесією Генеральної Асамблеї ООН 13 грудня 2006 р. – К. : ВГСПО «НАІ України», 2007. – 40 с.

108. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 279–282.

109. Коробко С. Л. Шестирічний учень / С. Л. Коробко. – К. : Знання, 1986. – 48 с.

110. Коррекционная педагогика: основы обучения и воспитания детей с отклонением в развитии : учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведениях / Б. П. Пузанов, В. И. Селиверстов, С. Н. Шаховская, Ю. А. Костенкова ; под ред. Б. П. Пузанова. – 3-е изд., доп. – М. : Академия, 1999. – 160 с.

111. Кот Н. Педагогічна допомога родині у вихованні дітей з особливими потребами / Н. Кот // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник / наук. ред. І. Єрмаков. – К. : Контекст, 2000. – С. 266–268.

112. Котило В. Підготовка дітей до школи в сім'ї / В. Котило – К. : Радянська школа, 1974. – 92 с.

113. Кравцова Е. Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе / Е. Е. Кравцова. – М. : Педагогика, 1991. – 100 с.

114. Красикова О. Н. Основы Монтессори-педагогики / О. Н. Красикова // Современные технологии реабилитации в педиатрии / под. ред. Е. Т. Лильина. – М. : ОДИ-international, 2000. – 556 с.

115. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 144 с.



116. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – 2-е изд. – М. : Политиздат, 1977. – 304 с.

117. Лечебная физическая культура : учебник для студентов институтов физической культуры / под ред. С. Н. Попова. – М. : ФиС, 1978. – 160 с.

118. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Либідь, 2001. – 328 с.

119. Лошакова И. И. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов / И. И. Лошакова, Е. Р. Ярская-Смирнова // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. – Саратов : Педагогический институт СГУ, 2002. – С. 15–21.

120. Лубовский В. И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития / В. И. Лубовский // Дефектология. – 1994. – № 1. – С. 3–5.

121. Лукашевич М. П. Національній школі – соціологічні знання / М. П. Лукашевич // Соціальна педагогіка і адаптивність особистості : науково-методичне видання / ред. Н. Журбенко. – Суми : Мрія-ЛТД, 1994. – С. 102–110.

122. Ляшенко В. І. Організація ігрової діяльності дітей з особливими потребами / В. І. Ляшенко // Реформування змісту освіти в початкових класах в контексті перебудови загальноосвітньої середньої школи. – Дрогобич : Коло, 2001. – С. 164–179.

123. Ляшенко В. І. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів – шлях до їх соціалізації / В. І. Ляшенко // Соціальна педіатрія. – К. : [б. и.], 2001. – С. 381–386.

124. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів в центрах ранньої соціальної реабілітації як педагогічна проблема : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / В. І. Ляшенко. – К., 2004. – 20 с.

125. Макаренко А. С. Соч : в 7 т. / А. С. Макаренко. – М. : АПН РСФСР, 1958. – Т. 5. – 560 с.

126. Маллер А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями : книга для родителей / А. Р. Маллер. – М. : Педагогика-Пресс, 1996. – 80 с.

127. Маллер А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии : практическое пособие / А. Р. Маллер. – М. : АРКТИ, 2000. – 124 с. – (Методическая литература).

128. Малофеев Н. Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России : результаты исследования как основа для построения программы развития / Н. Н. Малофеев // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 3–15.

129. Малофеев Н. Н. Специальное образование в России и за рубежом. В 2 ч. Ч. 1: Западная Европа / Н. Н. Малофеев. – М. : Печатный двор, 1996. – 184 с.

130. Малятко : програма виховання і навчання дітей дошкільного віку. – К. : Педагогічна думка, 1999. – 284 с.

131. Маркова А. К. Психология обучения подростка / А. К. Маркова. – М.: Знание, 1975 – 64 с.

132. Мартинюк В. Ю. Модель системи реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я / В. Ю. Мартинюк, С. М. Зінченко // Соціальна педіатрія : зб. наук. праць. – К. : Інтрмед, 2003. – 346 с.

133. Мастюкова Е. М. Клиническая диагностика в комплексной оценке психомоторного развития и прогноза детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – М., 1996. – № 5. – С. 3–10.

134. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е. М. Мастюкова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

135. Міщик Л. І. Соціальна педагогіка : навчальний посібник / Л. І. Міщик. – К. : ІЗМН, 1997. – 140 с.

136. Миронова С. П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами розвитку : монографія / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2007. – 304 с.

137. Монтессори М. Дом ребенка: метод научной педагогики / М. Монтессори. – М. : Задруга, 1913. – 340 с.

138. Монтессори М. Самовоспитание и самообучение в начальной школе / М. Монтессори – М. : Моск. центр Монтессори, 1993. – 204 с.

139. Монтессори-терапія в комплексі заходів ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я / В. І. Пасічник, Л. І. Саєнко, Н. Л. Зенченко, Л. Г. Барканова // Соціальна педіатрія : зб. наук. праць. – К. : Інтрмед, 2003. – № 2. – С. 251–252.

140. Морозова Е. И. Психологические подходы к изучению процесса адаптации детей раннего (преддошкольного) возраста / Е. И. Морозова // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 67–79.

141. Морозов В. И. Последствия перинатальных поражений нервной системы у детей / В. И. Морозов // Педиатрия. – 1998. – № 1. – С. 35–37.

142. Мудрик А. В. Социальная педагогика : учеб. для студ. пед. вузов / А. В. Мудрик ; под ред. В. А. Сластенина. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Академия, 2000. – 192 с.

143. Мухина В. С. Шестилетний ребенок в школе : кн. для учителя нач. классов / В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1986. – 144 с.

144. Назаров В. П. Координация элементарных движений рук у детей и ее развитие / В. П. Назаров // Физическое воспитание в школе. – М. : Просвещение, 1964. – С. 48–52.

145. Національна доктрина розвитку освіти України у ХХІ столітті. – К. : Шкільний світ, 2001. – 16 с.

146. Національна програма „Діти України” : Указ Президента України від 18 січня 1996 р. ; № 63/96 // Урядовий кур'єр. – 1996. – 25 січня. – С. 5.

147. Николаев Л. П. Руководство по биомеханике в применении к ортопедии, травматологии и протезированию / Л. П. Николаев. – К. : Госмедиздат УССР, 1950. – Ч. 2. – 316 с.

148. Новоторцева Н. В. Коррекционная педагогика и специальная психология : учебное пособие / Н. В. Новоторцева. – СПб. : КАРО, 2006. – 144 с.

149. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира : хрестоматия / сост. Л. М. Шипицина. – СПб. : [б. и.], 1997. – 256 с.

150. Овчинникова Т. С. Качество образования и организации управления в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида : монография / Т. С. Овчинникова. – СПб : КАРО, 2006. – 240 с.

151. Определение физической подготовленности школьников / под. ред. Б. В. Сермеева. – М. : Педагогика, 1993. – 104 с.

152. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навчально-методичний посібник / за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.

153. Основи пенітенціарної педагогіки і психології : навчальний посібник / за заг. ред. В. М. Синьова. – Біла Церква : КОПОПК, 2003. – 102 с.

154. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина / В. И. Козьявкин, Н. Н. Сак, О. А. Качмар, М. А. Бабадоглы. – Львів : Українські технології, 2007. – 192 с.

155. Особенности психического развития детей 6–7-летнего возраста / под ред. Д. Б. Эльконина, Л. А. Венгера. – М. : Педагогика, 1988. – 136 с.

156. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / под ред. Т. А. Власовой. – М. : Педагогика, 1985. – 128 с.

157. Павлов И. П. Избранные труды по физиологии высшей нервной деятельности / И. П. Павлов. – М. : Учпедгиз, 1956. – 176 с.

158. Паниотто В. И. Количественные методы в социологических исследованиях / В. И. Паниотто, В. С. Максименко. – К. : Наук. думка, 1982. – С. 44–50. – 272 с.

159. Певзнер М. С. Дети-олигофрены / М. С. Певзнер. – М. : АПН РСФСР, 1969. – 486 с.

160. Певзнер М. С. Дети с отклонениями в развитии: отграничение олигофрении от сходных состояний / М. С. Певзнер. – М. : АПН РСФСР, 1966. – 256 с.

161. Песталоцци И. Г. Что дает метод уму и сердцу? / И. Г. Песталоцци // Избр. пед. соч. : в 2 т. – М. : Педагогика, 1981. – Т. 2. – С. 275–311.

162. Петроченко Г. Г. Развитие детей 6–7 лет и подготовка их к школе / Г. Г. Петроченко ; под ред. А. М. Леушиной. – Минск : Вышейш. шк., 1982. – 144 с.

163. Пинский Б. И. Формирование двигательных навыков учащихся вспомогательной школы / Б. И. Пинский. – М. : Педагогика, 1977. – 128 с.

164. Плаксина Л. И. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями зрения / Л. И. Плаксина // Специальная дошкольная педагогика / под. ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Академия, 2001. – С. 121–128.

165. Плаксина Л. И. Проблемы воспитания и социальной адаптации детей с нарушением зрения / Л. И. Плаксина, Л. А. Григорян ; под ред. Л. И. Плаксиной. – М. : ВОС, 1995. – 208 с.

166. Плаксина Л. И. Программы детского сада. Коррекционная работа в детском саду. Программа начальной школы. Коррекционная работа в начальной школе / Л. И. Плаксина. – М. : Просвещение, 1997. – 256 с.

167. Плаксина Л. И. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для слабовидящих детей) (коррекционная работа в детском саду) / Л. И. Плаксина, В. З. Денискина, Л. С. Сековец. – М. : Город, 1999. – 164 с.

168. Подготовка детей к школе в детском саду / под ред. Ф. Сохина, Т. В. Тарунтаевой. – М. : Педагогика, 1978. – 160 с.

169. Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Т. І. Поніманська. – К. : Академвидав, 2004. – 456 с.

170. Попов С. Н. Физическая реабилитация / С. Н. Попов. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 608 с.

171. Права дитини : до II Всеукраїнського з'їзду працівників освіти / М-во освіти і науки ; Представництво ЮНІСЕФ в Україні. – К. : UNISEF, 2001. – 40 с.

172. Права дітей з особливими потребами : посібник-довідник / О. Л. Копиленко, О. К. Сусол, Л. В. Хомік [та ін.]. – К. : РННЦ «ДНІТ», 2002. – 252 с.

173. Про затвердження Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг : Постанова кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80 / Офіційний вісник України від 12.02.2007. – № 8. – С. 54–56.

174. Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 13.02.2007 р. № 48 / Реабілітація інвалідів в Україні : зб. норм.-прав. док. – К. : ВГСПО «НАІУ». – 2007. – С. 122–127.

175. Про охорону дитинства : Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 22. – С. 281.

176. Про підсумки розвитку середньої та дошкільної освіти у 2007/2008 навчальному році та завдання на 2008/2009 навчальний рік : інформаційно-аналітичні матеріали до підсумкової колегії МОН України 22 серпня 2008 року / Міністерство освіти і науки України. – Київ, 2008. – 155 с.

177. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими проблемами : державна доповідь. — К. : Соцінформ, 2002. — 160 с.

178. Рогальська І. П. Теоретико-методологічні засади соціалізації особистості у дошкільному дитинстві : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Рогальська Інна Петрівна ; Уманський державний педагогічний ун-т ім. Павла Тичини. — Умань, 2009. — 465 с.

179. Рогальська І. П. Соціалізація особистості у дошкільному дитинстві: сутність, специфіка, супровід : монографія / І. П. Рогальська. — К. : Міленіум, 2008. — 400 с.

180. Русова С. Ф. Теорія і практика дошкільного виховання / С. Ф. Русова. — Львів ; Краків ; Париж : Просвіта, 1993. — 128 с.

181. Рыжова Н. А. Развивающая среда дошкольных учреждений : из опыта работы / Н. А. Рыжова. — М. : Линка-Пресс, 2003. — 192 с.

182. Савченко С. В. Науково-теоретичні засади соціалізації студентської молоді в позанавчальній діяльності в умовах регіонального простору : автореф. дис. ... д-ра. пед. наук : 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / С. В. Савченко. — Луганськ, 2004. — 61 с.

183. Сварник М. Діти з особливими потребами в українському суспільстві: крок до реабілітації та інтеграції / М. Сварник, М. Ніколаєв // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник ; ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков. — К. : Контекст, 2000. — С. 22–28.

184. Сейко Н. А. Соціальна педагогіка : методичний посібник / Н. А. Сейко. — Житомир : ЖДПІ, 2002. — 260 с.

185. Селиванова Н. Л. Воспитательное пространство как педагогическое понятие и феномен педагогической действительности / Селиванова Н. Л. // Теоретико-методологические проблемы современного воспитания : сб. науч. тр. / под. ред. Н. К. Сергеева, Н.М. Борытко. — Волгоград : Перемена, 2004. — 420 с.

186. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 364 с.
187. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник. Ч. 1: Загальні основи корекційної психопедагогіки / В. М. Синьов. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. – 238 с.
188. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник. Ч. 2: Навчання і виховання дітей / В. М. Синьов. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – 224 с.
189. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посібник / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 144 с.
190. Система центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні : довідник / уклад.: А. Г. Шевцов, І. В. Шерстюк, О. Ю. Полякова. – К. : НТІ «Інститут соціальної політики», 2003. – 256 с.
191. Скрипник Т. Проблеми діагностики розвитку дитини в контексті прогнозування її навчальної діяльності / Т. Скрипник // Дефектологія. – 2001. – № 3. – С. 12–14.
192. Солнцева Л. И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л. И. Солнцева. – 3-е изд. – М. : Просвещение, 2003. – С. 35.
193. Солнцева Л. И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения / Л. И. Солнцева. – М. : Экспресс-Полиграф-Сервис, 1999. – 180 с.
194. Сороковых Г. В. Субъектно-деятельностный подход к личностно-профессиональному развитию студентов / Г. В. Сороковых // Педагогика. – 2004. – № 1. – С. 62–68.
195. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Марченко [та ін.] ; за заг. ред. І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. – К. : Наук. світ, 2003. – 232 с.



196. Соціальна робота: технологічний аспект : навч. посібник / за ред. проф. А. Й. Капської. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.

197. Софій Н. Права дітей з особливими потребами на рівний доступ до якісної освіти (аналіз ситуації в Україні) / Н. Софій, М. Сварник, П. Троханіс. – К. : [Міжнародний фонд «Відродження»], 2006. – 64 с.

198. Специальная дошкольная педагогика : учебное пособие / Е. А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова [и др.] ; под ред. О. А. Стребелевой. – М. : Академия, 2001. – 312 с.

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

200. Специальная педагогика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаревой. – 2-е изд., стер. – М. : Академия, 2002. – 400 с.

201. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – 356 с.

202. Стребелева Е. А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии / Е. А. Стребелева // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 50–53.

203. Сулейменова Р. А. О создании системы ранней коррекционной помощи детям с нарушениями развития / Р. А. Сулейменова // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 69–74.

204. Сухомлинський В. О. Вибрані твори. В 5 т. Т. 3: Серце віддаю дітям. Народження громадянина. Листи до сина. – К. : Рад. школа, 1977. – 670 с.

205. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям / В. О. Сухомлинський // Вибрані твори : у 5 т. / В. О. Сухомлинський. – К. : Рад. школа, 1977. – Т. 3. – С. 9–279.

206. Тарасюк С. Фактори соціально-педагогічної адаптації дітей із затримкою психічного розвитку / Світлана Тарасюк // Дефектологія. – 2008. – № 3. – С. 7–10.

207. Тесленко В. В. Теорія і практика соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями в промисловому регіоні : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Тесленко Валентин Вікторович ; Луганський національний педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка. – Луганськ, 2007. – 513 с.

208. Тесленко В. В. Теорія і практика соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями в промисловому регіоні : монографія / В. В. Тесленко. – [Вид. 2-е, доп. та перероб.]. – Луганськ : Альма матер, 2007. – 368 с.

209. Тупоногов Б. К. Коррекционная направленность методов обучения детей с нарушением развития / Б. К. Тупоногов // Дефектология. – 2001. – № 3. – С. 15–19.

210. Тупоногов Б. К. Коррекционно-педагогическая работа в системе образования детей с нарушениями умственного и физического развития / Б. К. Тупоногов // Дефектология. – 1994. – № 4. – С. 9–14.

211. Усова А. П. Обучение в детском саду / А. П. Усова. – 2-е изд. – М. : Просвещение, 1984. – 176 с.

212. Усова А. В. О воспитании: значение его идей в наши дни / А. В. Усова, К. Д. Ушинский // К. Д. Ушинский и проблемы современного образования : материалы научно-практической конференции, 26 окт. 1999 г. – Челябинск : [б. и.], 2000. – С. 8–13.

213. Ушинський К. Д. Про сімейне виховання / К. Д. Ушинський. – К. : Радянська школа, 1974. – 150 с.

214. Финк А. Кондуктивная педагогика А. Пето: развитие детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / А. Финк. – М. : Академия, 2003. – 136 с.

215. Фізичні методи в лікуванні та медичній реабілітації хворих і інвалідів / І. З. Самосюк, В. В. Чухраєв, С. Т. Зубкова [та ін.] ; за ред. І. З. Самосюка. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.

216. Фонарев М. И. Справочник по детской лечебной физкультуре / М. И. Фонарев. – Ленинград : Медицина, 1983. – 360 с.

217. Ханзерук Л. О. Формування досвіду спілкування у дошкільників з церебральним паралічем : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Л. О. Ханзерук ; Ін-т дефектології АПН України. – К., 2001. – 20 с.

218. Харченко С. Я. Методология и методы социально-педагогических исследований : науч., учеб.-метод. пособие для студентов, магистрантов, аспирантов и специалистов в области воспитания и образования, соц. педагогов и соц. работников / С. Я. Харченко, Н. С. Кратинев, А. Н. Чиж ; М-во образования и науки Украины ; Луган. гос. пед. ун-т им. Т. Шевченко. – Луганск : Альма-матер, 2001. – 216 с.

219. Харченко С. Я. Соціально-педагогічні технології : навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів / С. Я. Харченко, Н. П. Краснова, Л. П. Харченко. – Луганськ : Альма матер, 2005. – 552 с.

220. Хохліна О. Визначення показників ефективності освітнього процесу в допоміжній школі / О. Хохліна // Дефектологія. – 2003. – № 3. – С. 5–9.

221. Хохліна О. П. Психолого-педагогічні основи корекційної спрямованості трудового навчання учнів з вадами розумового розвитку / О. П. Хохліна. – К. : Педагогічна думка, 2000. – 286 с.

222. Цехмістрові Г. Основи наукових досліджень : навчальний посібник / Г. Цехмістрові – К. : Слово, 2006. – 240 с.

223. Шацкий С. Т. Избранные педагогические сочинения : в 2 т. / С. Т. Шацкий. – М. : Педагогика, 1980. – 430 с.

224. Шванцара Й. Диагностика психического развития / Й. Шванцара. – Прага : Авиценум, 1978. – 388 с.

225. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я : монографія / А. Г. Шевцов – К. : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. – 240 с.

226. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія / А. Г. Шевцов. – К. : МП «Леся», 2009. – 483 с. – Бібліогр.: с. 461–481.

227. Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я : монографія / А. Г. Шевцов. – К. : Соцінформ, 2004. – 200 с.

228. Шеремет М. К. Сучасні комп'ютерні технології в логопедичній роботі / М. К. Шеремет, Г. П. Загурська // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. Сучасні технічні реабілітації й навчання дітей з вадами слуху та мовлення : наук.-метод. зб. ; за ред. Б. С. Мороза, К. В. Луцько. – К. : А&Р, 2002. – Вип. 3. – С. 123–134.

229. Шматко Н. Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии / Н. Д. Шматко // Дошкольное воспитание. – 1998. – № 3. – С. 12–19.

230. Шматко Н. Д. Совершенствование системы коррекционной помощи детям с нарушенным слухом (из опыта работы Московских образовательных учреждений) / Н. Д. Шматко, Т. В. Николаева // Инновации в российском образовании : дошкольное образование. – М. : МГУП, 1999. – С. 51–56.

231. Щербакова К. В. Реабілітація дітей з фізичними обмеженнями засобами мистецтва : навчальний посібник / К. В. Щербакова, Ж. В. Петриченко ; за ред. А. Й. Капської. – К. : ДЦССМ, 2002. – 96 с.

232. Яворская Г. Х. Игра в дидактических моделях учебного процесса в высшей школе. – Одесса : НИРИО ОИВД, 2000. – 114 с.

233. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальное конструирование инвалидности / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социс. – 1999. – № 4 – С. 38–45.

234. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами / Е. Р. Ярская-Смирнова, Э. К. Наберушкина. – СПб. : Питер, 2004. – 316 с.

235. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics* / McPherson M [et al.]. – 1998. – № 102 (1). – С. 137–140.

236. Kozyavkin V. Das System fur intensive neurophysiologische Rehabilitation. Die Kozyavkin Methode / V. Kozyavkin. – Frechen : Druckerei Peiffer GmbH, 1999. – 44 p.

237. Giddings G. The Theory of socialization / G. Giddings. – 1897. – № 8. – P. 22.

238. Parsons T. The Social System. Glencoe III / T. Parsons. – Illinois : The Free Press, 1957. – P. 67.

239. Szkiefkowska A. Voice rehabilitation in children fitted with hearing aids / A. Szkiefkowska, B. Maniecka-Aleksandrowicz, J. Dolecki // *Central and East European Journal of otorhino-laryngology and head and neck surgery*. – 1999. – Volume IV, № 1 (13). – P. 41–47.

240. Talanchuck P. M. Open international university of human development “Ukraine” is new model of higher education for disabled people / P. M. Talanchuck, A. G. Shevtsov // *Proceedings of the International Conference of Rectors of Technical Universities of CEE and CIS Countries “Higher technical education on the turn of the centuries”* ; [May 21–23, 2001]. – Kyiv : National Technical of Ukraine “Kyiv Polytechnic Institute”, 2001. – P. 143–145.