



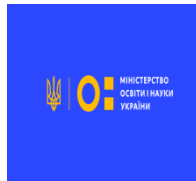
Могильовський державний університет імені О.А. Кулешова



Факультет спеціальної та інклюзивної освіти



Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова



Міністерство освіти і науки України



Державний педагогічний університет ім. Іона Крянге



Білоруський державний педагогічний університет імені Максима Танка



Католицький університет в Ружомберку



Харківська гуманітарно-педагогічна академія



Хортицька національна академія



Кам'янець – Подільський національний університет імені Івана Огієнка



Кафедра ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології



ВГО «Українська асоціація корекційних педагогів»



Інститут соціальної політики
ВГО «Наукове товариство інвалідів «Інститут соціальної політики»



«Центр комплексної реабілітації інвалідів «АКМЕА»



ГО «Реабілітаційний центр «Майбутнє»

За підтримки



Компанія COLLAR

Міністерство освіти і науки України
Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова
Факультет спеціальної та інклюзивної освіти

Кафедра ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології

Державний педагогічний університет ім. Іона Крянге (Молдова, м. Кишинів)

Білоруський державний педагогічний університет імені Максима Танка (Білорусь, м. Мінськ)

Католицький університет в Ружомберку, Інститут Юрая Палеша (Словаччина, м. Левоч)

Могильовський державний університет імені О.А. Кулешова (Білорусь, м. Могильов)

Кам'янець – Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Хортицька національна академія

Харківська гуманітарно-педагогічна академія

Кафедра педагогіки, адміністрування та спеціальної освіти ДЗВО УМО НАПНУ

ВГО «Українська асоціація корекційних педагогів»

ВГО «Наукове товариство інвалідів «Інститут соціальної політики»

«Центр комплексної реабілітації інвалідів «АКМЕА»

ОУ «Український ресурсний центр освітніх інновацій»

ГО «Реабілітаційний центр «Майбутнє»

ЗБІРКА МАТЕРІАЛІВ

IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОРТОПЕДАГОГІКИ, ОРТОПСИХОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЇ»

присвяченої

10-річчю випускової кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології,

(18 березня 2021 року)

Київ 2021

УДК 37.013.82 : 159.98 (06)

А 437

ISBN 978-617-7819-13-3

А 437 Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології» / за ред. М. Шеремет, А. Шевцова, А. Заплатинської. Київ : Альянт, 2021. 279 с.

Збірку матеріалів підготовлено за доповідями учасників IV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології» присвяченої 10-річчю випускової кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології, що відбулася 18 березня 2021 року.

У матеріалах збірника висвітлено: актуальні питання становлення та розвитку ортопедагогіки й ортопсихології, світовий досвід та досвід України. Висвітлювались питання планування, розробки та впровадження індивідуальних напрямків корекційно-розвиткової роботи в процесі організації навчання та/або супроводу осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, церебральним паралічем і комбінованими порушеннями розвитку в закладах освіти; питання підготовки фахівців для роботи з особами різного віку та в різних середовищах; висвітлювались теорії і практичний досвід застосування діагностичних методик вивчення особливостей розвитку осіб з особливими освітніми потребами, в тому числі з церебральним паралічем; використання технологій та методик організації навчального процесу в закладах освіти, в тому числі закладах, що запроваджують інклюзивну форму навчання.

ПЕРЕДМОВА



*Шевцов Андрій Гаррійович,
доктор педагогічних наук, професор,
член-кореспондент
Національної академії педагогічних наук України*

Шановні колеги!

Ця збірка містить тези доповідей IV Міжнародна науково-практична конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології», яка відбулася 18 березня 2021 року у Києві на базі Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова і присвячена 10-річчю кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології факультету спеціальної та інклюзивної освіти.

Кафедра була започаткована як пілотний проект для розбудови нової наукової галузі спеціальної освіти ортопедагогіки – науки про принципи, закономірності, зміст, методи і форми навчання та виховання дітей та дорослих з порушеннями функцій опорно-рухового апарату – у поєднанні з ортопсихологією й психолого-педагогічною реабілітологією та для підготовки фахівців з відповідної спеціалізації «Ортопедагогіка» в рамках спеціальності 016-«Спеціальна освіта». Цей крок був відгуком на виклики часу і потреби практики у сфері освіти та комплексного реабілітування зазначеної категорії дітей та дорослих.

Основним напрямом наукової роботи кафедри є «Наукові засади ортопедагогіки та ортопсихології в аспекті корекційно-реабілітаційної роботи та фахової підготовки ортопедагогів і вчителів інклюзивного навчання» та інші напрями психолого-педагогічної реабілітології та спеціальної психології.

Підготовка фахівців на кафедрі здійснюється за спеціальністю «016.Спеціальна освіта (ортопедагогіка)» за такими рівнями та освітніми програмами:

- бакалавр, освітня програма – ортопедагогіка, кваліфікації: вчитель-дефектолог, вчитель початкового навчально-виховного закладу (додаткові кваліфікації «Спеціальне виховання» та «Комплексне реабілітування»);

- магістр за освітньо-науковою програмою (1 рік 9 місяців) – діагностико-консультативна ортопедагогіка, кваліфікація: магістр спеціальної освіти (додаткові кваліфікації «Консультавання інклюзивного навчання» та «Консультавання спеціальної освіти»);

- магістр за освітньо-професійною програмою (1 рік 4 місяці) – ортопедагогіка, кваліфікація: магістр спеціальної освіти (додаткова кваліфікація «Психолого-педагогічне реабілітування»).

На базі вищої освіти за іншою спеціальністю (1 рік 10 місяців) – кваліфікація: магістр спеціальної освіти (додаткові кваліфікації «Шкільна та дошкільна ортопедагогічна освіта» та «Інклюзивне навчання»).

Переконаний, що це видання збагатить системний міждисциплінарний фаховий дискурс із проблем ортопедагогіки, ортопсихології та психолого-педагогічної реабілітології креативними ідеями, конструктивними пропозиціями, рефлексією сучасної практики і спеціальної освіти та інклюзивного навчання, спеціальної андрагогіки і реабілітаційного менеджменту, сприятиме вдосконаленню національної освіти за європейськими стандартами розбудови інклюзивного суспільства.

З повагою, Андрій Шевцов.

LANGUAGE AND COMMUNICATION DISORDERS IN PRESCHOOL CHILDREN WITH NEUROMOTOR DISABILITIES

Rezumat: Tulburările de limbaj reprezintă o problemă a vârstei preșcolare. În articol se face o incursiune asupra tulburărilor de limbaj, se descriu factorii care condiționează apariția lor, se prezintă clasificarea tulburărilor de limbaj de către autori în domeniu, influența tulburării de limbaj asupra personalității copilului, necesitatea consilierii părinților copiilor cu tulburări de limbaj.

Cuvinte cheie: tulburare de limbaj, factori declanșatori, intervenție, consilierea părinților.

Abstract: Language disorders are a problem of preschool age. The article makes an incursion on language disorders, describes the factors that condition their appearance, presents the classification of language disorders by authors in the field, the influence of language disorders on the child's personality, the need to advise parents of children with language disorders.

Keywords: language disorder, triggers, intervention, parental counselling.

In the development of man as a superior biological organism from a cognitive and affective point of view, communication had a defining role. The efficiency of communication depends on the sender, the receiver, but also on a series of environmental factors that become part of the process.

A category of factors that actively intervene and will be discussed is the biological and physiological factors that characterize the transmitter and receiver. Physical or mental fatigue affects communication. Speech does not appear by chance, or as a natural evolution, unaffected by anything, in the child's life. [3, p. 9]

Speech occurs as a result of the child's education and a normal development of the body. The learning and assimilation process is long, and success is determined by both external environmental factors and the health of the individual.

All parts of the phonatory apparatus participate in the formation of speech, generating an almost infinite number of possible phonemes [1]. The phonatory apparatus is set in motion by the nervous influx that is transmitted by the centres of the central nervous system. We cannot talk about communication without discussing the quality and health of the receiving device, consisting of the inner ear, with the special organs of hearing, the acoustic nerve and the auditory centre in the cerebral cortex.

Any damage to these parts is likely to disrupt communication and become a barrier, often extremely difficult to remove.

In childhood, a wide range of disorders of the process of organization and development of language can be diagnosed, determined by the following categories of factors [4, page 9]:

- Neurogenic factors, somatogenic factors, psychogenic factors, constitutional factors, highlighted by R. Luchsinger's studies, led to the emergence of the notion of "language weakness", often hereditary, of psychosomatic personality, in all dimensions of speech and language.

Any language disorder is a barrier to communication. Observing the existing difficulties in communication offers the possibility of a diagnosis and an early evaluation of the language.

The category of language disorders includes all deviations from normal language, which may include both verbal and nonverbal or paraverbal communication.

Various classifications have been made on language and communication disorders [5, p. 43]:

- *Pronunciation disorders: Dyslalia; Rhinolalia; Dysarthria; Speech rhythm and fluency disorders; Voice disorders; Reading-writing language disorders; Language development disorders.*

According to the Handbook of Diagnosis and Statistical Classification of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5, APA 2013), language and communication disorders are classified as neurodevelopmental disorders, i.e. disorders that occur and manifest mainly in childhood, with school and social repercussions.

According to this way of reorganizing and classifying language and communication disorders, the main categories are:

- Speech disorders; Speech sound disorder; Fluency disorder with manifestation in children (stuttering) (childhood-on set fluency disorder-stuttering); Social pragmatic communication disorder; Other non-specific language disorders.

The evaluations are of several types:

- Screening evaluation and focus evaluation, diagnostic assessment, assessment of counselling and rehabilitation, problem-solving assessment.

In young children, the diagnosis is extremely difficult because there is a possibility of confusion with some behaviour accepted as normal, as well as the possibility of misunderstandings among parents. In this case, the observation of the specialist is very important, i.e. the existence of a set of behaviours that make the child to be significantly different from those who have the same biological age must be taken into account.

From the point of view of communicative behaviour, problems may arise in terms of expressive speech, social language, comprehension, with reflection in:

- Maintaining the subject of communication - speech deviates from the main subject; Problems of information presentation - sequential presentation; Achieving agreement with social norms - communication is in disagreement with these rules; Problems with receiving and processing messages - difficulties in understanding the instructions for greater stretching; Difficulties in memorizing - erroneously retaining parts of the message; Difficulties in expression - the formulation of the answers to the open questions put the subject in difficulty.

Interventions are aimed not only at reducing symptoms, but also at improving academic and social functioning, which will be evaluated directly both before and after treatment.

Through intervention strategies, in order to increase the chances of success, it is absolutely necessary to adopt and implement adapted educational methods, supported by family and individual counselling, in-depth knowledge of children's personality because it is necessary a permanent adaptation to psychological, physical, socio- cultural development of students.

References:

1. KreindleR, Arthur. Mecanismeale vorbirii, Scientific Publishing House, Bucharest, 1963. 48 p. CZU 616.831
2. Olărescu, ValentinA. Logopedia. Perspectiva diagnosticului logopedic. Chişinău, 2008. ISBN 978-9975-9743-6-3
3. Păunescu, Constantin. Dezvoltarea vorbirii copilului și tulburările ei, E. D. P., Bucharest, 1962. CZU 371.9.
4. Toncescu, Nicolae (Coord.). Tulburări de limbaj la copil, Medical publishing House, Bucharest, 1984. 228 p.
5. Verza, Emil. Ce este logopedia. E. D. P., Bucharest, 1982. 94p.

Dnestrean Tatiana,
Master of Science in Social Policy, PHD
Student, Doctoral School in Social Science,
State University *Moldova*,
Integrated care and social work consultant,
SDC Healthy Life Project, implemented by
Swiss TPH

COMMUNITY INTEGRATED CARE IN RURAL MOLDOVA

As a concept in evolution the disability result from interaction of a person with special needs with different obstacles in attitude and environment that will impede full and effective participation in society having equal opportunities as other members. Despite the “effective government mechanisms for intersectoral coordination of disability-related actions in public policies and strategies”¹ Moldova still to approach disability mostly from the health perspective embedded in policy and legal framework, in health assessment of disability, including for determination of the capacity for work of a disabled person.

People with disabilities represent 6,7% (177.0 ths.) of the total population of Republic of Moldova and children with disabilities aged 0-17 years accounted for 1,9% (10,7 ths.) of the total number of children (situation on January 1, 2020). Mostly (57%) of persons with disability live in rural area. Primary disability in population is increasing, with 13,7 thousand of adults and 1,4 thousand children (2019). Main causes of the primary disability are represented by noncommunicable diseases, including cancer (17,9%), diseases of the circulatory system (16,0%), musculoskeletal system (13,8%), neurologic system (7,3%). In case of children 0-18 old age the main cause of disability is mental health and behaviour (26,9%), as well as in youth group of 18-29 ages and the congenital malformations cause disability in children in proportion of 25.0%.²

High rate of NCD and tardive identification was identified as one of the biggest problems. Generally, the demographic and health profiles of Moldova could be characterised by aging of population and specific for this group multimorbidity, as well as the high rate of NCD (above 77% in heart diseases, cancer, diabetes, mental and behavioural disorders) with significant difference for urban and rural areas, for the last one all indicators are usually higher.³ Lots of people discover their health problem at the advanced stages, “majority (81,4%)” in the group of adults avoid health institutions or seek for doctor just in case of disease.⁴

Preventive activities and health promotion actions for general population are limited and not applied on regular base. Some actions of prevention within the Primary Health Care institutions (PHC) are focused on specific disease (HTA, DB), but these also are not fully functional, despite that are

¹ Concluding observations on the initial report of the Republic of Moldova, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 18.05.2017,

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/MDA/CO/1&Lang=En ;

² Situation of disability in the Republic of Moldova in 2019, National Bureau of Statistics,

<https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6827&parent=0>;

³ Assessment “Access of population to health services”,

https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf

⁴ Knowledge, Attitudes and Practices related to Non-Communicable Diseases and Health Care Seeking in Moldova: a baseline study at household level, www.viatasan.md;

regulated, included in the performance indicators, and budgeted in PHC salaries. Just 1% of the total budget of compulsory health insurance is allocated for health promotion informative materials.⁵

Lack in human resources is reported by almost all sectors (PHC, community social care), being followed by low capacity due to migration of the workforce and high level of turnover. This problem is compromising quality of care and insurance of access to services in communities. PHC institutions, especially in rural area report decrease in family doctors (4.7 to 10 thousand inhabitants in 2018, comparing to 6,08 in European Region). Around 60% of family doctors work in urban area comparing with 42% in rural, this being disproportional to the number of population most living in rural area, as well as in case of persons with disability.

Inappropriate Community nursing continue to provide mostly curative services with little outreach visits and community work. Near half of community nurses are at their pension age. Community medical assistants, as a linking element between community and health institution, could play an important role in health promotion, prevention measures, and monitoring of health in community (via home visits, outreach or other follow-up measures) and play a critical role in involving multi-disciplinary community teams in assessment of needs and provision of structured intervention and care at the community level.

Challenges and obstacles in community social services. Limited number of available preventive primary support services in the community and lack of knowledge and skills leading to unnecessarily referrals to specialised services, including to residential care services, because no other services available.⁶ The community social worker (CSW) is the only qualified social professional in the community. This is delegated with all attributions related to facilitation access to social benefits and services, provision of support to all vulnerable groups including children, their families/ caregivers, old people and people with disabilities. Having a very large caseload is an impediment in addressing needs of community members and ensure quality of intervention.

Access to outreach and home care services. Both health and social systems have elements of home care. These could not be provided simultaneously because of differences on eligibility criteria, normative and costing, despite that most of beneficiaries need both services. The health home care cover people after major surgeries, stroke and palliation through multiple existing community nurses and NGOs contracted by Health National Insurance House (HNIH).

Unfortunately, these services are not uniform available, mostly in urban area.⁷ The social system home care services provided to single elderly and disabled people by home care workers (HCW) managed by District Social Assistance Department. These cover procurement of products, preparation of meals, cleaning, and body hygiene.

Intersectorial cooperation, coordination and uniformization of common responsibilities is difficult because of differences in organisational structures of the health and social systems. Communication at the community level between structures is insufficient. Lack of regulated intersectorial working procedures in working on adults with health problems or disability, comparing with group of children, result in incapacity of sectors to combine their roles, services, and resources in provision of assistance. Already exist some examples of provision of multidisciplinary support, like

⁵ Annual Report on execution of the compulsory health insurance funds, http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2020/Raport%20anual%202019%20FAOAM%20ro.pdf ;

⁶ Assessment of Alternative Care for Children in Moldova, Measure Evaluation with financial support of USAID, <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-262a>;

⁷ Assessment conducted in partnership with National Network of Home Care Providers and NGO "HOMECARE» with support of Swiss Foundation HEKS/EPER, Swiss Red Cross and the Czech Development Agency trough the organisation Caritas Czech Republic, <http://casmed.md/en/evenimente/evaluaresid/>;

mobile teams and mental health services that are located at the district level. These collaborate with family doctors, social workers, local authorities, but not all needs in communities could be covered.

Involvement of the Local Public Authority (LPA) in organisation, planning and provision of the health and social services at district and community level is limited despite its role of funder. The role of LPA for the general health of population and prevention of risks are less known, comparing to social care where it will represent guardianship authority for child protection cases, coordination of multidisciplinary actors.

NGOs in provision of services are already introduced as home care providers and specialised social services with respective accreditation, but these do not have geographical coverage and their institutional capacity differs greatly. Most NGOs have quite specific areas of interest and expertise which may limit their ability to work across different communities. The coordination of NGO contributions is weak and is not supported by LPA. Lack of financial support could influence initiation and sustainability of the actions at the community level.

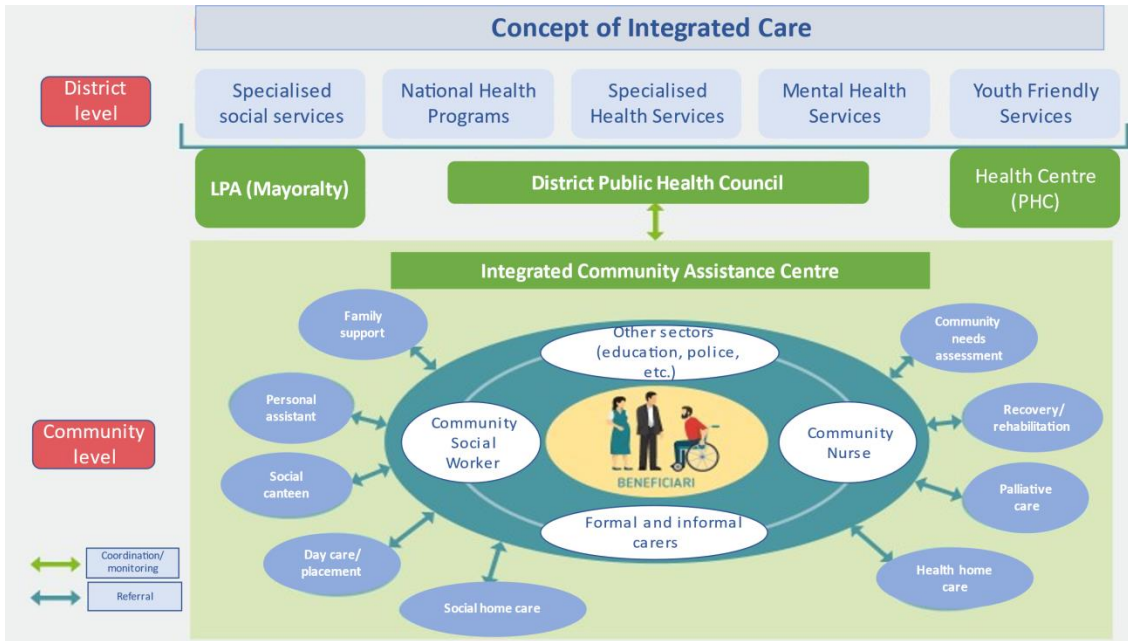
The *recommendations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities* include references to the need of the mechanisms for coordination between governmental sectors, NGOs and people with disability in implementation of the existing strategies on disability and insurance of the universal access and adaptation of environment. These mechanisms need to be supported by capacity building for public servants and services providers, adjustment of legislative, administrative and other measures necessary to ensure their implementation across all sectors.⁸

The Integrated care concept, developed and piloted by Healthy Life Project in 3 districts of Moldova (Falesti, Ungheni and Orhei) follows the WHO principles of “people centred care”, mobilizes multiple resources at district and community levels to ascertain a comprehensive care package and better quality of life. This includes common community needs assessment, action planning including health, social and complementary services at district and community levels. Integrated people centred services put people in the middle of a services network and require service providers to coordinate their input accordingly. Integrated people centred services helps to better targeting and improving quality of services, efficient management of risk factors and vulnerabilities, avoiding overlap, unnecessary referral to specialised services, support development of universal services through primary interventions closer to home care, including psycho-social support in building resilience and self-care. The holistic multisectoral monitoring of wellbeing and „one stop shop“ approach (many services under one roof), coordination of common efforts and services through active involvement of LPA improve satisfaction of beneficiaries.

The integrated community assistance models are flexible located in Health institution, existing social services (day care or temporary placement services) or LPA using existing resources of the community. The community actors sign the cooperation agreements that establish allocation of one working day per week for multidisciplinary work (common assessments of cases, planning intervention and monitor situation of beneficiaries), use of common working procedures and tools, share of information and equipment, location and transport. The multidisciplinary teams organise preventive programmes and informative sessions for community and specific groups, undertake home visits within the common assessment and provision of the needed support, organise some elements of rehabilitation. The assumed role of LPA is coordination of community actors, allocation of space for facilities (laundries, baths, canteens, barbers), transport and running costs.

Fig.1. Integrated care concept provided at the community level

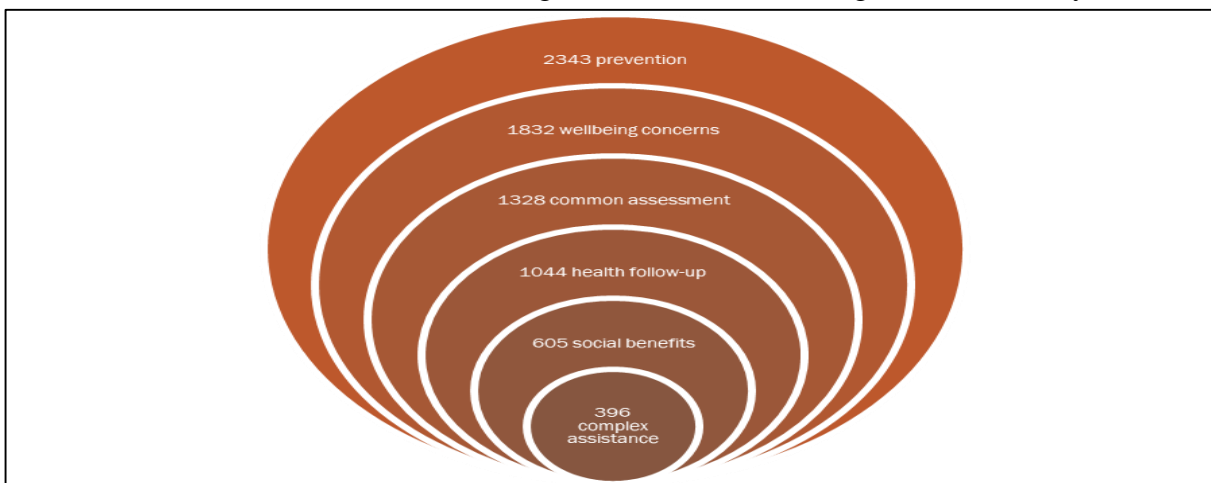
⁸ Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities - Mission to the Republic of Moldova (A/HRC/31/62/Add.2), <https://www.ohchr.org/EN/Countries/ENACARegion/Pages/MDIndex.aspx>;



Building capacity for applying integrated care approach. Two main lines in capacity building process were ensured, for sectorial professionals and for local multidisciplinary teams. Covered subjects related to knowledge to approach specific needs, practical abilities in identify general wellbeing concerns, initiate common assessment, plan interventions, Case Management tool, organization and provision of community-based services and facilities, communicate and coordinate actions, organise multidisciplinary work, reciprocal understanding of sectorial roles and responsibilities (protocols, guides, tools), participation of beneficiaries and involvement of civil society (NGOs, volunteers) in community support

Results in beneficiaries. Totally, during the period of January 2019 – September 2020, were covered 2343 of people, out of which 78% had some concerns in their wellbeing, 57% have different vulnerabilities, 45% need systematic health follow-up, 25% live in poverty and 17% are in need of complex and continuous support from both sectors including mobilization of NGOs and formal and informal carers.

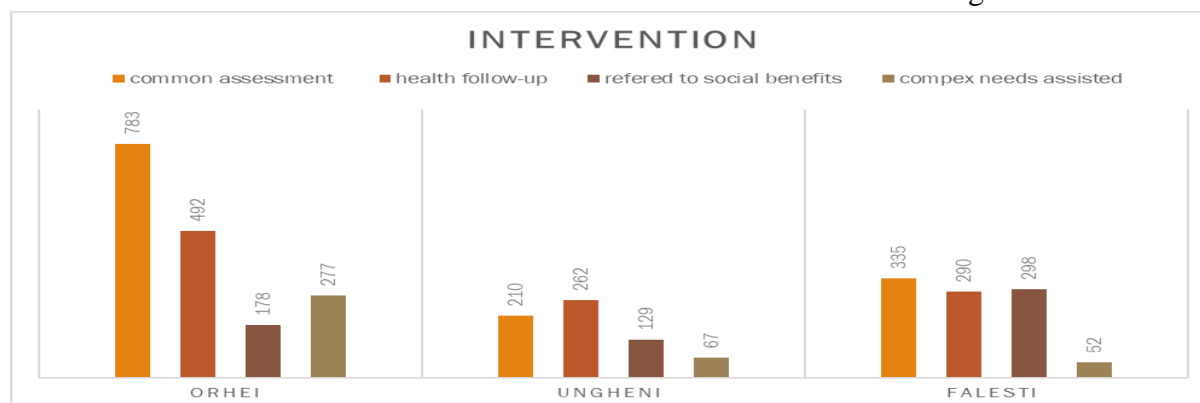
Fig.2. Beneficiaries of integrated community assistance centres.



During the weekly meetings multidisciplinary teams analyse situation of those people with concerns in their wellbeing identified, launching of initial assessment and necessary for this home visits. As a result, the person is referred for means tested benefit and one-way support actions. Where the situation is more difficult the team could decide to undertake a more complex intervention and

apply case management. Few meetings of the multidisciplinary team could be requested in order to plan and coordinate intervention, monitor progresses, adjust actions, referral for additional support when the community resources and services are not enough or closure of case. This is a long-term process, that could last minimum 6 months, but in situations of high dependency degree even more, up to few years. The work consists of more home visits, provision of health and social care focused on person's needs, involvement of different services providers including NGOs, allocation of a personal assistant (formal care) or training and support to informal carers. When the community resources and services are not enough the team can make decision to refer case to specialized service.

Fig.3. Intervention by districts.



Conclusions. Extending sectorial perception is one of the main results from implementation of integrated care plans that show clear advantages compared to traditional service patterns, particularly in terms of early identification and access to services. Stronger role of community nurse within a multisectoral community team is required with proper training enable coverage of health needs and facilitation of access to health services. Joint medico-social and home-based assessments revealed a total service gap of up to 30% of persons with complex needs that benefited substantially from this innovative approach. Early detection and joint follow-up will reduce the need for emergency and specialised services in rural Moldova. The intersectorial cooperation mechanisms and regulation for integrated care need to be approved nationally to ensure extension and sustainability of the developed models.

References:

1. Concluding observations on the initial report of the Republic of Moldova, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 18.05.2017, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/MDA/CO/1&Lang=En;
2. Situation of disability in the Republic of Moldova in 2019, National Bureau of Statistics, <https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6827&parent=0>;
3. Assessment "Access of population to health services", https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf;
4. Knowledge, Attitudes and Practices related to Non-Communicable Diseases and Health Care Seeking in Moldova: a baseline study at household level, www.viatasan.md;
5. Annual Report on execution of the compulsory health insurance funds, http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2020/Raport%20anual%202019%20FAOAM%20ro.pdf;

6. Assessment of Alternative Care for Children in Moldova, Measure Evaluation with financial support of USAID, <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-262a>;
7. Assessment conducted in partnership with National Network of Home Care Providers and NGO “HOMECARE» with support of Swiss Foundation HEKS/EPER, Swiss Red Cross and the Czech Development Agency through the organisation Caritas Czech Republic, <http://casmed.md/en/evenimente/evaluaresid/>;
8. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities - Mission to the Republic of Moldova (A/HRC/31/62/Add.2), <https://www.ohchr.org/EN/Countries/ENACARegion/Pages/MDIndex.aspx>.

UDK 37. 013. 82: 376 – 056. 29

Marwane Maiassi,

1-st year student majoring in “physical therapy, occupational therapy”

National University “Yuri Kondratyuk Poltava polytechnic”

FORMATION OF ORTHOPEDAGOGY AS A SCIENCE AND PRACTICE OF EDUCATION AND UPBRINGING OF PEOPLE WITH MOTOR DISABILITIES.

Introduction:

The people with disabilities benefit from personalized aids, assistants, technological assistance, support in the school environment and employment, interventions to eliminate the obstacles that would allow them to participate in social life like people so-called "Ordinary".

Among several existing disabilities (vision Impairment, deaf or hard of hearing, mental health conditions, intellectual disability, acquired brain injury, autism spectrum disorder, physical disability), motor disability is characterized by various motor impairments. Those which affect young people constitute a heterogeneous set that can be classified into 4 categories according to the nature of the attack:

- *motor impairments of cerebral origin
- *motor impairments of spinal cord origin
- *motor impairments of neuromuscular origin
- * -motor deficiencies of osteo-articular origin

Science has effectively contributed to finding solutions for many people who suffer from their disability, whether through rehabilitation, surgery or psychological rehabilitation.

-What is orthopedagogy, orthopedagogue, and what is their roles?

Orthopedagogy is a discipline born from the fusion of neurosciences and educational sciences, which aims to optimize and re-educate learning strategies in children, adolescents and adults, relies on her strengths to allow her to overcome her difficulties while developing her potential. It therefore requires creating Tools adapted to each person, relying in particular on neuropsychology, psychology, differentiated pedagogies and expected academic skills. is the science of education whose object is the assessment and intervention relating to learners , likely to present or having learning difficulties at school, including learning disabilities. His practice is based on research in orthodidactics, didactics, pedagogy and cognitive sciences.

It is based on the knowledge of typical development. Features of the functioning and development of children and adolescents with atypical development. interested in all areas of the

development of people with disabilities, in this case the cognitive, psychomotor, communicative, emotional domains. Incists in proposing various psychomotor interventions, sensory, expressive, playful, socio-communicative, aimed at learning or well-being, quality of life etc. Orthopedagogy is also linked to psychopedagogy, It is based on the general principles of learning theories and it applies specific approaches to psycho-educational intervention. analysis of dysfunctions of people with disabilities that may affect educational situations as well as analysis of obstacles to development and learning, can be enlightening to improve interventions. A methodological approach is common to educational psychology.

The orthopedagogical assessment consists in specifying the difficulties that the learner presents in terms of knowledge, strategies and cognitive processes, mainly in reading, writing and mathematics. It includes screening for learners who have learning difficulties. The special education assessment also considers other factors likely to influence learning, namely affective and motivational, socio-family and school factors, in particular pedagogical approaches.

-orthopedagogue is a person who works with children, adolescents and adults with difficulties or adaptation and learning disabilities (minor and major learning problems, sensory or physical disabilities, is a pedagogue specializing in the field of educational sciences who assesses and works with learners who are likely to present, or who present, learning difficulties in school, in reading, in writing or in mathematics, including learning disabilities.

The orthopedagogical approach takes its origin from the identification of the needs of the person, of his entourage, oriented by a purpose which is based on a philosophy of human being and values. Objectives are determined by the department or institution, which translate into general long- and short-term objectives. These will be continued and worked on, by mobilizing the means selected and the available resources (materials, personnel, environment)

orthopedagogue plays an important role in the lives of people with disabilities, among these roles:

- * Support the physically impaired person to meet their needs.
- * Support parents and family to understand the disability of their child, adult.
- * Support teachers who receive a child with motor disabilities in their class and. offer them accommodations adapted to the needs of this child.
- *- Serve as a coordinator between parents, rehabilitators and the teacher.
- * Help to arrange the house to make it adapted for the person's disability.
- *Be the reference person in the event of a problem and provide solutions.
- * support and encourage the person to achieve their personal or professional objectives.
- * relationship of sharing and trust with the person in order to jointly define the orthopedagogical approach that will be adapted.
- * applied Various options, in order that the person can carry out their own strategies and find their own solutions

Orthopedagogue can provide parental guidance, arrange living space, schedule, sensitize families to accept disability, can also recall the importance of siblings neglected in this case. is a learning professional, In his practice, he relies on the functioning of the brain and its mechanisms during learning. It uses targeted educational tools in order to lead the learner towards more autonomy.

This professional working with a person with specific needs as well as his entourage (near or far). The age of the beneficiary concerned ranges from early childhood to the aging person and in all backgrounds.

Orthopedagogue will observe and analyze the needs of the beneficiary but also his strengths and potentialities. Once their needs have been analyzed, will put in place tools and methodologies (or create them) to help the person with specific needs.

Afterward assess the progress but also the persistent difficulties of the beneficiary as well as assess the tool and the methodology to readjust and regulate it. works in collaboration with a multidisciplinary team. He can be the central person who will gather the information and distribute it to all stakeholders (professionals, family), also the guarantor of educational inclusion, social integration and the well-being of everyone.

-How does orthopedagogy work ?

The first step is a evaluation, to identify the difficulties that a learner encounters: knowledge, learning strategy and cognitive processes, also studies all the peripheral elements that can influence learning: affective, social, family factors, etc. , must collect information from all stakeholders revolving around the beneficiary through meetings, observations, file readings and taking an anamnesis. This will help to better understand the reactions of the beneficiary and to be able to create an action plan. after the observations, the specialist will identify and analyze the needs by creating observation grids, build or reuse a tool and a methodology by adapting it to its beneficiary, analyze their action and readjust it according to their observations and the evolution of the beneficiary.

Needs==> purposes==> general objectives==>choice of means==>evaluation==>adjustement

What are the advantages of orthopedagogical evaluation ?

* Get an idea of the severity, difficulties.

*Understanding Difficulties and Resulting Confusion

*Determine the action plan to solve the problems

-Conclusion:

Science has helped people who are suffering and who will not be able to practice their normal lives, with different ways among them orthopedagogy, play an important role in teaching, analyzing, gaining experiences and discovering the talents of many people with different types of disabilities, There are many people who suffered from disabilities but received special follow-ups from specialists and they had an active role in many socio-economic and cultural fields in the world. How many handicapped talents are looking at the opportunity to develop this science in various parts of the world to show their talents and abilities that are still searching for those who discover them.

Ressource:

1. The terrain of orthopedagogy. Vliegthart, W. E. (1969). The terrain of orthopedagogy. South African Journal of Pedagogy, 3(1), 22–29. - <https://psycnet.apa.org/>

2-Orthopedagogy - <http://www.coptimale.ca/orthopedagie/>

3. All our Resource teachers (orthopedagogues) are members of the Association des Orthopédagogues du Québec - <https://www.moliercopernic.ca/>

4. Description des activités quotidiennes d'orthopédagogues? Micheline Filion, Georgette Goupil / Micheline Filion enseigne à l'École Vanguard, 9615 rue Papineau, Montréal (Québec), H2B 1Z6. Georgette Goupil est professeure au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8. <file:///C:/Users/User/Downloads/2714-Article%20Text-9937-1-10-20170222.pdf>

Olărescu Valentina,
associate professor, PhD, „I.Creangă” SPU
from Chişinău,
Republic of Moldova

FAMILY'S COUNSELLING OF NEUROMOTOR DISABLED PEOPLE

Abstract

The paper, I think, is welcome for those who work and live through children: counsellors, psychotherapists, those who are looking for new ways of working with children; for teachers who understand that the child's feelings are of great importance in learning; for parents who want to be closer to their own child; for those who work towards the spiritual health of the child and want to know how to do their job better; for those who want through the child to know themselves better. The article describes the stages, methods of diagnosis and psychological influence.

Key words: counselling, assistance, diagnostic methods and psychological influence.

Whatever is the problem regarding the parent-child relationship, there are always ways to solve it, or for the beginning, to alleviate it. Family counselling services currently do not have a wide network of development, however, their current work is a step towards the family, it is an outstretched hand, which offers advice, guidance, remedies, procedures for activities in relation to children and parents.

I consider the work is welcome for those who work and live with children: counsellors, psychotherapists; for those who are looking for new ways to work with children; for teachers, who understand that the child's feelings are of great importance in learning; for parents who want to be closer to their own child; for those who work in the direction of the child's spiritual health and want to know how to do their job even better; for those who want to know themselves better through the child.

Family consultations take place in order to prevent possible emotional, behavioural, personality disorders of the child and to provide psychological service to all family members - children and adults.

The services are provided by people who have a special training: psychologists, psychotherapists, doctors, who specialize in the field.

The consultant's way of activity is varied depending on the problem under discussion: either he approaches the way of working individually or in a group. However, any approach must be supplemented by the family support strategy. Another activity strategy is the eclectic way of using methods of influencing the family. Any procedure is aimed at getting the family out of the impasse or the interpersonal crisis in which it was mentioned [2].

The process of consulting the family is structured in such a way as to create conditions for unleashing, openness of the personality and at the same time for its self-healing to take place, for the phenomenon of insight to occur.

At first, when the family turns to the counselling service, they are in a state of despair, despair, when all physical and spiritual resources are exhausted. The consultant is the last hope - it can be read in the look, on the mimicry, gestures, and picture.

How does the consultant behave?

From the very first meeting, he made observations on the family members: who entered the door first? where and how did they sit down? (who, next to whom), the distance between them?, the position of the hands, the legs ?, who first started talking?

At the next stage, he meets the family members. After each one has introduced himself, we offer the child a certain activity, either to play with toys or to ask him to draw: "family", "kindergarten", "school", "a terrible dream", "three trees" or whatever he wants. As long as the child is busy with the drawing, the toys, a parent tells (presents the accusations). If both parents are present, the parent who dominates the family and education usually begins to speak. The parent's story will be much more sincere, detailed when he feels understanding and support from the consultant. The consultant's ability to listen is a chance to build trust in the client-consultant relationship. When a warm atmosphere of reciprocity is created, the parent and the child open their soul update certain episodes, events, facts that have never been verbalized. Verbalization is already in a psychotherapeutic moment, the person feels a release, relief, and the problem, the conflict is no longer so acute.

Meanwhile, very delicately and carefully the consultant asks both parents to complete the survey - standard, previously prepared. The investigation is completed in a single copy, and here: "Attention!" the investigation is taken by the dominant parent, the second, most often, pulls his chair and is less active.

Completing the survey again gives us the opportunity to observe the position of each parent in the family and is an additional opportunity for conversation. It happens that each parent has his own vision regarding a question from the survey. It tells us about the existence of the alternative variant of parents or about everyone's right to their own opinion. Here, by no means, do we hesitate to support the opinion of the person, who is more shy and not infrequently, isolated in the family. The support is expressed by the words "so...", "this is important...", "yes, of course..." Etc. Each opinion is listened to, supported, mentioned, if necessary concretized, but in no case criticized, denied or contrasted with the other parent. Before talking to the child, parents are asked to complete the Eysenck and / or MMPI questionnaire in order to get to know the parents' personality more closely.

During this time, we move around the room with the child, looking for a favourable place for discussion, play. Desirable, only the child to choose it! It is welcome to start the interaction through the game, which we direct in this way, so that we can obtain the necessary information, gradually slipping to the description of the drawings made previously. The verbal description of the drawings is always maintained through appreciations, stimuli. Each character is analysed, characterized, verbalized, detail of the drawing: "Who is he?" "What is he doing?", "What is he talking about?", "Why is he placed there?", "Why is he so colourful?", and .a. questions.

The drawings suggest useful information about relationships with others, attitudes towards oneself and others, emotional needs, material, self-determination, autonomy, etc., what is the child's vision of relationships, attitudes, needs, what he would like to change, and what would he leave untouched ?, what is his ideal ?, what bores him, what are his interests.

At the stage of the discussion with the child we can apply numerous psych diagnostic techniques, but also psychotherapeutic ones that would facilitate the understanding of the problem, [1]: "I in the rays of the sun", "Two houses", "Three trees", "Wartegg test", "Doll test ", "Faces and emotions ", "Monological interview ", "Psych geometric test ", "Favourite animal ", "Family drawing ".

Depending on how the discussion goes, what is the mood of the family members, we can perform the "Honesty" test with the whole family. Single parents analyse the results obtained in the

questionnaires. The very careful consultant only points to indices that exceed or do not reach the appropriate limit. Awareness of this fact is a positive indication of the possibility of resolving the family conflict.

The final stage of the consultative session is devoted to the analysis of the results of the tests performed by the child and at the same time the activity plan with the family is outlined. It is welcome to start with the analysis of the drawing "Family": "how many members are drawn?", "How are they?", "At what distance from each other?", "What colours did he use?", "How do you feel at this moment? ", "How did you feel when you started drawing? ", "Do you like family drawing"? In this way, a discussion is concluded from which the consultant finds additional information, which helps him to consolidate his point of view and at the same time increases his authority in front of the parents, showing professional competence.

Next, the other "tests" are analysed, which will necessarily reveal the same problem, and the parents, convinced of the correctness of the arguments, are prepared to collaborate with the consultant in order to solve the problem. After all, they are the main people who have the main role in solving it. Each parent puts forward his objections, comes with arguments, additions, questions.

In conclusion, the consultant, emerging from the situation, indicates the homework (recommendations, advice). Recommendations are noted by both parents, even if they are indicated for one of them. It is not advisable to give many homework, on average up to 12 suggestions are given, respecting the principle from simple to compound. For example, we recommend that the mother be less anxious and caring for the son, and the father be kinder to him. This benefit would influence the amelioration of divergences in the family, because the father does not agree with the hyper-guardianship of the mother, and the mother does not accept the severity of the father. Another piece of advice would be - granting the child's autonomy, independence, the possibility to make decisions alone, in parallel with reducing the parents' doubt. Then, we recommend parents to express more tolerance towards their children's shortcomings, with the stimulation of positive facts and qualities. In this way the emphasis in the parent-child relationship is transferred on highlighting the positive qualities of the child but not negative ones. Fulfilling homework by all members is a fundamental condition for success. With these, the consultation of the family at the first meeting ends. It usually lasts from 90 minutes to 120 minutes. Some sessions last up to 150 minutes.

After the departure of the clients (family), the consultant (hereinafter referred to as the psychotherapist) meditates on the case, analyses the situation of the family and outlines the working techniques (methodology of actions) further with the family. It happens very often that what is planned is not realized, because when the family shows up again, other problems arise. This is because when the family follows the recommendations for home, other subtleties of the problem appear, the improvement of which requires other techniques. However, the psychotherapist must also perceive and perceive the main reason for the problem; he intuitively perceives the direction of the centre's movement, thus being prepared for any eventuality. As mentioned before, the probability of success is higher if the psychotherapist applies the eclectic strategy in psychotherapy.

At the parting, the consultant reminds about the homework, but non-insistently, thanks the family for deciding to come to the consultancy. He necessarily appreciates the activity carried out jointly during the first meeting, and expresses his belief that in the future they will collaborate, even setting the date and time, possibly in three or four days or a week: "Today I had a productive day, I am waiting for the next visit from the family... (name) ".

On the second visit of the family (usually families who want changes, come to the consultancy under any circumstances), the consultant takes a passive waiting position, addressing as follows: "I am glad to see you again! They are "eyes and ears", what do you have new, old and you

really want to tell me? What calms you down or worries you? Would I like to listen to each of you?"[3]. Everyone talks about the changes that have taken place, satisfactions, dissatisfactions. The consultant listens carefully to each member, but does not encourage or blame any of them. The exception is the person with the symptom, in case the consultant signals positive jumps.

Next, the consultant takes the next step, proposing to the family a common game - from the series "Psychosociological games on the table". I recommend the following: "Game for the whole family", "Bibs", "Cake", "Anarchy", "Scam or rogue". The materials needed in the game are prepared in advance [1]. The presence of the consultant at the first play sessions is mandatory in order to control the development of the play process, in order to prevent unpredictable moments: the child collects as many cards as possible; parents refuse to continue the game or to maintain the discussion provoked by the revelation of the game, the onset and uncontrollability of aggression, brutality, prevention of moments of abuse of violence. After the game has been played with the consultant at two or three meetings, it is recommended that the game be purchased (purchased) for home use. Usually the game lasts 60 minutes, followed by discussions, opinions. All this also indirectly facilitates problem solving. In conclusion, the consultant generalizes positively and affirmatively the results of the day. Remind yourself of homework, if necessary, give additional recommendations and break up. The consultant reminds that he is ready to receive them whenever needed.

References:

1. Olărescu V., Logopedia. Perspectiva diagnosticului logopedic, Chișinău, Elena-VI SRL, 2008, 251 p.
2. Фонталова Н.С. Психология семьи и семейное консультирование. Учебное пособие. Иркутск. Издательство БГУЭП. 2013
3. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Независимая фирма "Класс", 2001. 208 с.

UDK 378. 013. 82: 376 – 053. 81

Racu Aurelia,

dr. hab., prof. univ.,

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”
(Chișinău, Republica Moldova)

Munteanu Natalia,

drd, Universitatea de Stat din Moldova,
(Chișinău, Republica Moldova)

ASISTENȚA COMPLEXĂ A TINERILOR CU DIZABILITĂȚI

Abstract:

In order to optimize the possibilities of access in university education, inclusive education in the previous stages of schooling remains essential, which should be complemented with effective transition strategies. University education needs to focus on the social dimension which is a framework that reflects the realities of society, and changes at the societal level must be followed by changes and updates in the education system.

Incluziunea socială în mediul academic a devenit un concept cheie în întreaga lume, numărul de studenți cu dizabilități crește în timp, acest fapt fiind rezultatul accesibilizării informațiilor, a cursurilor,

dar și un efect al diminuării stigmatului asociat cu aceste persoane. De asemenea, este și o provocare pentru instituțiile învățământului superior să faciliteze și să rezolve diferitele nevoi ale studenților cu dizabilități, pentru ca aceștia să aibă oportunități egale. Este responsabilitatea fiecărui angajat al oricărei universități să cunoască și să pună în practică prevederile legale în vigoare pentru facilitarea accesului la învățământul superior. În această direcție trebuie identificate cele mai bune practici și strategii didactice adaptate fiecărui student cu dizabilități. Incluziunea va fi promovată doar de către persoane special pregătite în acest sens, deoarece diletașismul ar putea discredita ireversibil atât ideile, cât și practicile incluzive.

Pozitiv este faptul că astăzi nimeni nu mai pune întrebarea dacă să se accepte incluziunea universitară a persoanelor cu dizabilități, ci cum să se realizeze acest deziderat prioritar pentru orice stat democratic.

Scopul cercetării: identificarea dificultăților privind accesibilitatea la studii universitare a tinerilor cu dizabilități.

Modalități de realizare:

- Cercetare calitativă (studiu sociologic);
- Mesaje de promovare a drepturilor la educație, acces și participare a tinerilor cu dizabilități;
- Schimb de bune practici la nivel național și internațional;
- Sensibilizarea opiniei publice și consolidarea inițiativei comunității în implementarea Programului Național de Incluziune Socială (2017-2022) și a Convenției ONU privind drepturile Persoanelor cu dizabilități.

Activități:

Studii privind evaluarea și monitorizarea dreptului la educație – acces și participare deplină a tinerilor cu dizabilități.

Drepturile tinerilor cu dizabilități la educație, orientare profesională și angajare.

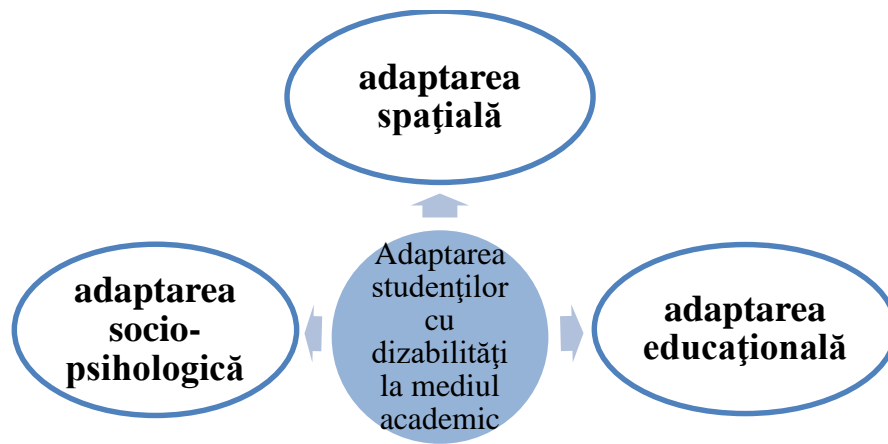
Consolidarea parteneriatelor intersectoriale în incluziunea socio-educațională a tinerilor cu dizabilități.

Suport pentru dezvoltarea parteneriatului intersectorial în crearea unor universități accesibile.

Cercetările efectuate ne permit să evidențiem următoarele **bariere, probleme, dificultăți ale adaptării studenților cu dizabilități la mediul academic:**

- **spațiul fizic universitar** nu corespunde în totalitate nevoilor speciale ale studenților cu deficiențe;
- **lipsa** sau imperfecțiunea **mijloacelor tehnice** de însușire a materiei curriculare;
- **nivelul redus de pregătire inițială și continuă a cadrelor didactice** pentru a lucra cu acest contingent de studenți;
- **limitarea** tinerilor cu dizabilități **în alegerea viitoarei profesii;**
- lipsa unor structuri, subordonate instituțiilor de învățământ sau parteneri ale acestora, care ar asigura consiliere psihopedagogică competentă studenților.

Factorii de stres pot marca, în egală măsură, unulsau mai mult dintrerespectele procesului de adaptare – spațială, educațională, sociopsihologică sau de alt ordin.



Cercetarea modului și nivelului de acces al tinerilor cu dizabilități la studii universitare trebuie să includă două mari grupuri de probleme: cele care afectează studenții cu dizabilități și cele care se referă la studenții fără dizabilități din respectivul mediu educațional. Este esențial să se menționeze că, de multe ori, aceste probleme nu coincid; ceea ce cred studenții fără dizabilități despre dificultățile colegilor cu dizabilități nu neapărat coincide cu opinia acestora din urmă. Și aici se face simțită o diferență de abordare și de percepere, ceea ce poate conduce la neînțelegeri, intoleranță, neacceptare.

Pentru a exclude manifestările nedorite, în domeniul abordării dizabilității și a problemelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilități secer elaborate niște aspecte criteriale generale și comune, care ar permite alcătuirea unor strategii și politici de țară, locale, instituționale valabile din oricare unghi de vedere și aplicabile în toate cazurile. Evident, criteriile și abordările generalizate nu exclud obiectivele specifice, bazate pe principiul individual de identificare a nevoilor speciale ale persoanei față de procesul educațional, față de mediul în care studiază, aspectul accesibilității fiind unul primordial, care asigură succesul. Analizând în literatura de specialitate rezultatele diverselor cercetări privind accesibilitatea la studii universitare a tinerilor cu dizabilități și problemele cu care se confruntă aceștia, este lesne să conturăm tabloul general, bazat pe opiniile studenților cu dizabilități și ale celor fără dizabilități asupra condițiilor de acces și a altor probleme identificate în spațiile de studii. Așadar, să le analizăm pe rând.

Opiniile studenților cu dizabilități

Acestea se referă, în general, la următoarele subiecte: atitudini (pozitive, negative, neutre); acces (la spațiile fizice, la locul de studii, la structurile universitare – săli de cursuri, de sport, de festivități, bibliotecă, cantină, blocuri sanitare etc., la informație, la activități participative – societăți, asociații cercuri studențești, la asistență socială etc.); angajarea în câmpul muncii după absolvirea facultății; alte aspecte și probleme cu eventuale sugestii de soluționare.

Majoritatea studenților cu dizabilități au manifestat opinii pozitive, menționând că, în general, sunt tratați nondiscriminatoriu și s-au acceptați fără probleme în colectivele universitare. În opinia unora dintre studenți, probleme atitudinale apar, rareori, în drum spre locul de studii, în transportul public, în special când este vorba despre afecțiuni locomotorii (de exemplu, persoanele în scaun cu rotile). Un număr mare de studenți au menționat imperfecțiunea căilor de acces fizic spre instituția de învățământ, dar și în interiorul acesteia, în special în edificiile vechi, cu multe scări și fără ascensoare. În privința altor tipuri de acces studenții, în general, manifestă opinii pozitive, apreciind faptul că găsesc înțelegere atât la nivel de colegi, cât și la nivel de cadre didactice. Mai mulți studenți, în special cu dizabilități de vedere sau de auz, au adus în prim-plan problema accesului la informație. În bibliotecile universitare cea mai mare parte de informație se găsește doar sub formă tipărită (cărți, reviste, ziare), cea electronică

lipsind. În plus, nici calculatoarele nu sunt întotdeauna adaptate la necesitățile lor, lipsind softurile pentru nevăzători, surzi etc.

Opiniile studenților fără dizabilități

Practic în toate subiectele abordate, studenții fără dizabilități au invocat greutățile cu care se confruntă, în opinia lor, colegii cu anumite deficiențe, în special senzoriale. Majoritatea absolută manifestă atitudine pozitivă față de colegii cu deficiențe și sunt dispuși să le acorde ajutorul necesar, chiar dacă aceasta ar însemna să devieze de la programul zilei elaborat din timp. Deși consideră că studenților cu dizabilități le este mult mai greu să facă față cerințelor, colegii fără dizabilități înțeleg că nu e bine să le arate deschis acest lucru, considerând că i-ar putea ofensa. De aceea majoritatea sunt dispuși să ajute, dar numai atunci când li se cere.

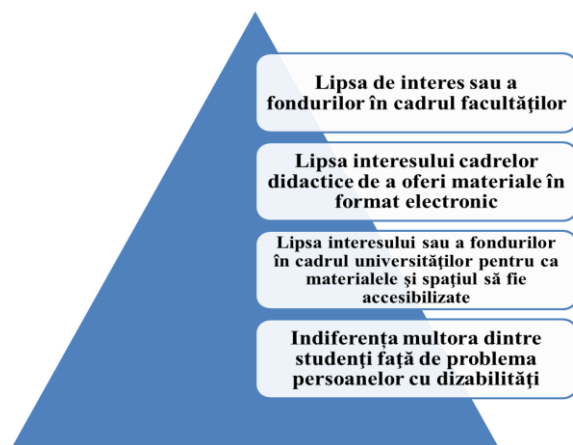
Din punctul de vedere al studenților fără dizabilități, pentru colegii cu dizabilități cele mai greu de depășit sunt problemele ce țin de accesul fizic (numărul mare de scări, lipsa ascensoarelor suficient de încăpătoare pentru scaunul cu roțile, a barelor de reper pentru nevăzători – pe holuri, în blocurile sanitare etc.) și accesul la informație (de exemplu, prezentarea materiei predate de către profesori în power-point de multe ori exclude sonorizarea informației, ceea ce o face inaccesibilă pentru persoanele cu deficiențe de vedere; și invers: informația auditivă, dacă nu este însoțită și de varianta vizuală, nu este accesibilă studenților cu probleme auditive).

Cât privește accesul la fonduri materiale, majoritatea studenților fără dizabilități sunt conștienți că, de regulă, colegii lor cu dizabilități se confruntă în familie cu probleme de ordin material și că alocațiile de stat sunt insuficiente pentru o viață decentă.

În chestionarele completate de către studenții fără dizabilități s-au regăsit și eventualele soluții la problemele identificate. În opinia generală a acestui grup de respondenți, problema accesului la informații ar putea fi soluționată prin transpunerea manualelor în variantă electronică și prin dotarea calculatoarelor cu softurile respective.

Aspecte identificate la studenții fără dizabilități factorii perturbatori în calea integrării

Pentru o mai bună cunoaștere a problemelor și dificultăților cu care se confruntă colegii cu



dizabilități a fost propusă crearea unei subdiviziuni universitare în care un personal calificat și specializat s-ar ocupa de identificarea cauzelor și înlăturarea acestora prin efectuarea demersurilor de rigoare în instanțele responsabile, prin monitorizarea permanentă a situației și sesizarea promptă a administrației universitare asupra fiecărui caz în parte. De asemenea, din funcțiile unei asemenea structuri ar trebui să facă parte și atragerea fondurilor extrauniversitare cu orientarea ulterioară a acestora spre dezvoltarea infrastructurii fizice și academice destinate studenților cu dizabilități.

Putem afirma că motivele pentru care persoanele cu dizabilități, inclusiv studenții, se mai confruntă cu dificultăți în exercitarea deplină a drepturilor și libertăților consfințite prin lege, se

regăsesc, de regulă, în alte sfere decât cele atitudinale și de mentalitate. Cele mai multe probleme, reticente și rețineri au la origine factori materiali, financiari și, mai rar, organizaționali. Pe de o parte, politicile și legile statului garantează drepturi și șanse egale la normalitate tuturor cetățenilor, fără excepții, iar pe de altă parte, din cauza resurselor insuficiente sau a lipsei totale de alocări, aceste garanții pot să rămână doar pe hârtie, fără a avea continuitatea dorită în viața reală. Această discrepanță între teorie și practică, între intențiile declarate și viața reală trebuie să devină, la ora actuală, preocuparea principală atât a instituțiilor statale, cât și a sectorului asociativ care posedă un potențial enorm de atragere, ci și a fondurilor financiare și materiale, capabile să dea impuls pozitiv în soluționarea problemelor ce țin de realizarea practică a drepturilor persoanelor cu dizabilități.

De regulă, studenții cu dizabilități sunt mai puțin categorici și mai optimiști în ceea ce privește statutul lor actual și perspectivele de viitor. Pentru ei dizabilitatea nu este o piedică, un obstacol generator de probleme imposibil de depășit. Ei își acceptă statutul și, în general, reușesc să se descurce în orice situație, cu sau fără ajutorul celor de alături. Studenții cu dizabilități sunt mult mai satisfăcuți de situația lor în cadrul universității decât își imaginează colegii lor fără dizabilități, aceștia din urmă fiind înclinați să dramatizeze lucrurile și să diminueze capacitățile de adaptare ale persoanelor cu deficiențe la condițiile oferite de mediul universitar.

Respondenții din ambele grupuri consideră că problemele și dificultățile cu care se confruntă tinerii cu dizabilități în mediul universitar pot și trebuie să fie soluționate centralizat, de către persoane cu pregătire specială, care cunosc situația din interior, știu cine și în ce mod ar putea fi implicat pentru înlăturarea barierelor de orice gen, posedă competențe suficiente pentru a formula și a expune clar în fața instanțelor ierarhic superioare poziția studenților în anumite domenii de activitate academică. În opinia studenților cu dizabilități, ei au nevoie de un reprezentant oficial în administrația universitară și consideră că o subdiviziune specializată ar putea să-și asume cu succes rolul de autor/coautor al strategiilor și politicilor universitare în domeniul abordării dizabilității.

Soluții la problemele existente propuse de studenți

Accesibilitatea informațiilor

Sensibilizarea mediului universitar

Formarea de personal specializat

Soluțiile proprii la problemele existente sumarizate în trei mari categorii:

- **accesibilizarea informațiilor** prin alocarea unor fonduri din partea universității pentru ca **laboratoarele să fie dotate cu softuri** care să acopere **nevoile studenților** cu deficiențe de vedere, **oferirea a mai multor materiale în format electronic**, inclusiv cărți etc.
- **sensibilizarea mediului universitar față de problemele persoanelor cu deficiențe:** „să țină cont de nevoile pe care un student cu dizabilități le are”;
- **formarea de personal specializat**, sau, eventual, a unui **centru** care să se ocupe cu **nevoile studenților cu dizabilități**, astfel „multe din problemele acestea ar putea fi rezolvate”.
- **Prezența studenților cu dizabilități** în grupele academice înseamnă **noiresponsabilități și eforturi profesionale pentru cadrele didactice**.

Parteneriate în organizarea procesului de studii pentru studenții cu dizabilități

Imediat ce vor fi formate grupele academice și repartizate orele de curs, **profesorii vor fi informați** despre prezența studenților cu dizabilități, astfel încât să aibă timp pentru a-și revizui **metodele de lucru**. În general, pentru corpul didactic sunt organizate periodic **cursuri de reciclare**, inclusiv în baza

programele adaptate, destinate instruirii studenților cu dizabilități, predării în grupele incluzive. De asemenea, cadrele didactice vor beneficia de informația privind **particularitățile studenților** cu diferite deficiențe, **modalitățile de aplicare** în procesul predării a **mijloacelor tehnice și tehnologice noi**.

Odată cu lansarea, la nivel național, a politicilor de incluziune educațională, ne putem aștepta la un aflax masiv de tineri, absolvenți de licee, care vor dori să-și continue studiile în universități. Este foarte important ca acest proces inevitabil să-i găsească pregătiți, din toate punctele de vedere, pe membrii administrațiilor universitare, astfel încât studenții cu dizabilități să beneficieze de condiții optime de studii și de integrare. Pentru a realiza o incluziune socio-educatională eficientă este esențial să existe coerența concordanța între politica educațională, sistemul de învățământ și modalitățile practice de realizare a acesteia.

Bibliografie:

1. Racu A., (editor) Culegere de articole. Integrarea socioprofesională a tinerilor cu dizabilități. Ed. Pontos, Chișinău, 2018, 120 p.
2. Racu A., "Accesibilitatea tinerilor cu dizabilități în universități" (orientări teoretice și practice), Materialele conf. șt., Chișinău, 2017
3. Racu A., Incluziunea socială în mediul academic: provocări, oportunități, soluții contemporane. Suport didactic. Ed. Pontos, Chișinău, 2019, 132 p.
4. Racu A., Popovici D.V., ș.a. Ghid teoretico-metodic. Bazele teoretico-practice ale educației tinerilor cu dizabilități în instituțiile universitare. Ed. Pontos, Chișinău, 2018, 192 p.

UDK 615. 8: 376 – 056.29 – 053. 2

Scoarță Ecaterina

doctorand an I, Profesor

Universitatea pedagogică de stat „Ion Creangă”

facultatea de psihologie și psihopedagogie specială

Catedra psihopedagogie specială

Centrul de excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”

UNELE ASPECTE PRIVIND RECUPERAREA COMPLEXA A COPIILOR CU DEZABILITĂȚI ALE APARATULUI LOCOMOTOR

Actualitatea temei. Copiii cu deficiența neuromotorie, de acum câteva decenii, constituie obiectul atenției pedagogilor, psihologilor, logopezilor, cliniciștilor. În sistemul de învățământ este creată o rețea de instituții preșcolare și școlare pentru educarea, învățarea și reabilitarea acestor copii, ținând cont de specificul afecțiunii.

Problematica privind deficiența neuromotorie trebuie tratată în mod complex – medical, educațional, psihologic, profesional și social. Aceasta va permite elaborarea unor strategii moderne de intervenție pentru prevenirea și/sau ameliorarea consecințelor deficienței și aplicarea unor programe de integrare socioprofesională a persoanelor în dificultate pentru valorificarea tuturor resurselor existente la nivelul comunității.

Scopul este de a largi sfera de preocupări ale factorilor de decizie, ale tuturor celor implicați în asigurarea condițiilor optime de creștere, educare a copiilor cu deficiența neuromotorie. Aceasta va

permite elaborarea unor strategii moderne de intervenție, pentru prevenirea și/sau ameliorarea consecințelor deficienței.

Obiective:

1. Elaborarea conținutului activității recuperatorii de kinetoterapie a copiilor implicați în studiul de caz;
2. Evaluarea rezultatelor și argumentarea lor.

Ipoteza de lucru : Intervenția timpurie prin metode kinetoterapeutice aplicate copiilor cu deficiența neuromotorie, reprezintă o metodă de reabilitare cu acțiune optimă atât în dezvoltarea fizică cât și obținerea deprinderilor esențiale de viață.

Dezvoltarea psihomotricității la copil reprezintă o serie de caracteristici care merită să fie cunoscute pentru că ele stau la baza evaluării și calității dezvoltării copilului la un moment dat.

Dereglarea funcțiilor motorii

Particularitățile dereglărilor motorii constau în faptul că aceste dereglări există de la naștere și sunt în strânsă legătură cu dereglările senzoriale în special cu sesizarea insuficientă a propriilor mișcări. La copii se reține sau se dereglează formarea tuturor funcțiilor motorii: menținerea capului, capacitatea de a sta așezat, a sta în picioare, a merge și a manipula cu obiectele. Pentru dezvoltarea mișcărilor voluntare, a deprinderilor motorii este necesară activitatea coordonată a mușchilor. Mușchii funcționează după o schemă determinată care este reglată de SNC.

La școală copilul va întâlni dificultăți în activitatea de muncă și în procesul de învățare. Toate pozițiile incorecte împiedică dezvoltarea mișcărilor și deprinderilor de autodeservire. Uneori aceste poziții patologice și schemele mișcărilor nu sunt accentuate și acțiunea lor asupra mișcărilor voluntare încep să se manifeste abia în procesul dezvoltării funcțiilor motorii mai complexe.

Recuperare a deficiențelor neuropsihomotorii.

Recuperarea dezvoltării copiilor cu dizabilități neuromotorii se realizează prin diverse terapii: de mișcare (kinetoterapii), fizice, hidroterapii, terapii medicamentoase, terapii psihopedagogice etc.

În procesul de recuperare, copilul are nevoie de o stare emoțională pozitivă, susținută de toți adulții care îl asistă. Copilul trebuie să aibă încredere în adult, să simtă protecție și siguranță în timpul intervențiilor și tuturor exercițiilor – doar așa el va reuși să învețe mișcări noi, să obțină autonomie și independență motorie, să depășească problemele de dezvoltare.

Astfel, după efectuarea examinărilor clinice, paraclinice și definitivarea diagnosticului, efectuarea evaluării multidisciplinare a copilului cu dizabilități și determinarea gradului de severitate a afecțiunii neuropsihomotorii a lui, se stabilește o strategie terapeutică – planul individual de reabilitare - care are la bază următoarele principii:

- recuperarea este de lungă durată, pentru o perioadă de ani de zile sau pe întreaga viață a copilului;
- recuperarea poartă un caracter interdisciplinar, cu implicarea unei echipe de specialiști de diferite profiluri, care trebuie să contribuie armonios la reabilitarea tulburărilor de dezvoltare ale copilului cu dizabilități neuromotorii;
- recuperarea se va efectua în dependență de necesitățile specifice ale copilului cu dizabilități și capacitățile acestuia, conform planului individual de recuperare (**PIR**);
- informarea completă a familiei despre dizabilitatea copilului;
- implicarea familiei în procesul de recuperare a dezvoltării copilului;
- instruirea membrilor familiei în problemele îngrijirii și recuperării copiilor cu dizabilități;

Recuperarea neuropsihomotrice se numără printre cele mai importante metode utilizate în domeniul terapeutic, ocupând un loc important în sistemul metodelor de recuperare atât în psihiatria infantilă, cât și în psihopedagogia specială.

Principalele etapele/ repere în elaborarea programului de recuperare kinetoterapeutică a tulburărilor motrice sunt:

- ✓ Stabilirea diagnosticului clinic;
- ✓ Recomandările și, mai ales, contradicțiile medicului în raport cu diagnosticul stabilit;
- ✓ Stabilirea obiectivelor programului kinetoterapeutic și a principiilor de acțiune care să corespundă fiecărui client în parte;
- ✓ Stabilirea strategiilor operaționale de derularea a programului de kinetoterapie;

Intervenția kinetoterapeutică se fundamentează pe o serie de principii ce pot căpăta accente specifice de la un caz la altul, în funcție de particularitățile anatomo – fiziologice și neuropsihice ale subiectului. În recuperarea copiilor cu tulburări neuropsihomotrii se impune cunoașterea normelor și etapelor învățării motorii, pentru a putea folosi eficient și în scop terapeutic exercițiul fizic. Principalii parametri ai unui exercițiu motric sunt:

- durata mișcării
- forța necesară a efectuării mișcării
- direcția/ direcțiile de efectuarea mișcării
- amplitudinea mișcării

la acești parametri în condițiile activităților terapeutice se mai adaugă:

- tensiunea psihică și fizică implicată în realizarea mișcării
- nivelul rezistenței musculare, solicitată de mișcare
- nivelul solicitărilor cardiorespiratorii
- gradul de participare a receptorilor.

Recuperarea eficientă a copilului cu dizabilități neuromotorii necesită abordare interdisciplinară, cu implicarea specialiștilor din diferite domenii în parteneriat cu părinții.

Metodologia dezvoltării și menținerii deprinderilor motrice

Această metodologie este condiționată de următoarele:

a) **Înțelegerea acțiunii.** Pentru aceasta se cere să se cunoască scopul acțiunii și procedeele folosite pentru realizarea acesteia, explicațiile să fie prezentate într-un limbaj accesibil nivelului de înțelegere al fiecărui individ, astfel încât să se stimuleze motivația însușirii elementelor componente ale acțiunii motrice ce se urmăresc a fi realizate, precum a importanței acțiunilor motrice folosite în scopul însușirii, formării, educării, reeducării, consolidării, menținerii și dezvoltării deprinderilor.

b) **Demonstrarea acțiunii.** Reprezintă suportul faptic-intuitiv, pe care se grefează explicațiile. Demonstrarea, asociată cu explicațiile necesare înțelegerii structurii mișcării componente, urmărește să schițeze, mintal, planul general al acțiunii și fazele din care e formată și prin care trebuie să treacă (engrama motorie).

c) **Continuitatea în repetarea acțiunii.** Aceasta este necesară, deoarece numeroasele repetări și perfecționări continue ale mușcărilor componente asigură cadrul necesar echilibrării proceselor nervoase care stau la baza consolidării deprinderilor motrice, ca acestea să poată fi perfecționate și întărite în cadrul unor sisteme stereotipizate.

d) **Întărirea și fixarea deprinderilor prin autocontrol** reprezintă o metodă de consolidarea deprinderilor motrice. Pe parcursul sistemului de lecții sau ședințe, se impune ca aprecierile lor făcute la adresa modului de lucru al subiectului să fie explicite și motivate la capacitate de înțelegere a acestuia.

Programele de intervenție asupra componentelor motrice pot valorifica mai multe recuperatori – terapeutice:

➤ **terapii bazate pe stimulare** – urmăresc antrenarea controlului motor în conformitate cu parametrii dezvoltării neuromotorii:

➤ **Terapii bazate pe inhibiții** – urmăresc antrenarea engramelor motorii de la nivelul central, coordonarea și precizia mișcărilor, îmbunătățirea vitezei și cursivității acestor prin intermediul activităților și exercițiilor destinate influențării proceselor de inhibiție a neuronilor motori care nu sînt implicați direct în efectuarea mișcării ;

➤ **Terapii bazate pe facilitare** – urmăresc reducerea spasticității musculaturii corectarea posturii și a mobilității segmentelor corpului prin exerciții și procedee specifice;

➤ **Facilitarea neuro musculară proprioceptică** – prin tehnici care intervin asupra grupelor musculare antagoniste și tehnici care determină relaxarea;

➤ **Terapii ocupaționale** – includ, în cazul persoanelor cu deficiențe neuropsihomotorii, activități practice și recreative care să dezvolte forța și rezistența musculară, activități de muncă și sportive care să permită dezvoltarea mobilității și activității diverse care să asigure un echilibru și un confort psihic constant.

Rolul terapeutic al exercițiilor fizice constă în faptul că ele contribuie la menținerea stării de sănătate și au rolul uman.

În contextul societății moderne se suprapun și acționează numeroși factori negativi disfuncționali asupra aparatului locomotor: lipsa de mișcare, alimentația inadecvată, solicitarea inadecvată mecanice în diverse situații. Creșterea capacității de efort în condițiile civilizației actuale se impune ca o metodă de profilaxie primară cardio-vasculară respiratorie și locomotorie.

O deosebită atenție se acordă învățării părinților, ce are drept scop prelungirea reabilitării copiilor în condiții de domiciliu, unde atmosfera este mai prielnică.

Programele de intervenție timpurie își propun să contribuie la depistarea cât mai timpurie a întârzierilor de dezvoltare, pentru a le putea corecta optimal și, de asemenea, pentru a preveni agravarea lor. Menirea acestor programe este de a-l ajuta pe copil în realizarea maximă a potențialului său cognitiv, socio-afectiv, comunicativ, de adaptare, de dezvoltare fizică, prin acordarea serviciilor necesare (corecție logopedică, kinetoterapie, servicii psiho-pedagogice, psihologice etc.).

Una din caracteristicile fundamentale ale intervenției timpurii o constituie natura interdisciplinară și transdisciplinară a activităților, fapt corelat cu diversitatea și complexitatea procesului de dezvoltare a copilului și cu necesitățile sale crescânde de servicii și suport. Realmente, intervenția timpurie întrunește o multitudine de modele și programe, furnizori și servicii, care antrenează o gamă largă de profesioni, inclusiv din sfera educației, psihologiei, medicinei, asistenței sociale, creșterii și educației copilului, logopediei și comunicării, terapiei ocupaționale și ergoterapiei, nursingului și medicinei publice.

Bibliografie:

1. Adriana Ciobanu: Evaluare și diagnosticul copiilor cu CES , Chișinău 2011.
2. Curata Dumitru. Neurologie. Chișinău, 1998, 68 p.
3. Diana Covalciuc, Valeria Diaconu. Kinetoterapia, Chisinau 2007
4. Gheorghe Radu. Psihopedagogia dezvoltării școlarelor cu handicap. 1999 – 130
5. Ivan Puiu, Ala Cojocar, Mariana Jalbă, Mariana Colac, Irina Papov, Evelina Ciubotaru – Gherghelegiu. Copilul cu dezabilități. Aspecte de dezvoltare și comportament. Ghid practic. Chișinău. 2004

6. Moldinclud (proiect Tempus 158980 -2009). Psihopedagogia Specială. Suport didactic pentru coordonatorii educației incluzive. Cornelia Borodin, Maria Vîrlan, Victoria Maximciuc, Natalia Ciubotaru. Chișinău, 2011.
7. Paralezia cerebrală: manual pentru persoanele implicate în lucru cu copii care au deficiențe de comunicare. Chișinău, 1998 – 65p.
8. Puiu I. Copilul cu dizabilități. Aspecte de dezvoltare și comportament. Ghid practic, Chișinău: centrul editorial „Medicinal, 2004, 280 p.
9. Racu A. Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială, Chișinău: F.E.P. „Tipografia Centrală, 2013, 312 p.
10. Racu A. Strategii tradiționale și moderne în psihopedagogia școlii incluzive, Chișinău: F.E.P., Tipografia Centrală, 2016, 272 p.
11. Racu A., Popovici D.-V., Danii A. Educația incluzivă. Ghid pentru cadrele didactice și manageriale. Chișinău: Tipografia Centrală, 2010, 150 p.
12. Racu A., Popovici V., Danii A., et. alții Psihopedagogia integrării, Chișinău: Tipografia centrală, 2010, 184 p.
13. Racu A., Popovici V.-D., Crețu V., et alții. Asistența socială a persoanelor cu dizabilități, Chișinău: Editura Pontos, 2007, 297 p.
14. Racu S., Grigoriu A., Savciuc A., et alții. Drepturile omului și problema dizabilităților. Ghid. Chișinău: Editura cartier, 2011, 280 p.
15. Rodica Gavrilă, Viorica Cojocar. Revistă medico – practică pentru părinți. NR.3(39). 2007.
16. Rodica Gavrilă, Viorica Cojocar, Veronica Baractari. Revista practică pentru părinți NR.2(44). 2007.
17. Valentina Olărescu. Terapia și practica neuropsihologiei și neurofiziologiei. Chișinău, 2008.

UDK 378.091.12;159.9-051

Sheremet Maria,

Doctor of Pedagogical Sciences, Professor,
 Honorary Academician of the National Academy of
 Pedagogical Sciences of Ukraine, Dean of the Faculty
 of Special and Inclusive Education
 National Pedagogical Dragomanov University,
 Kyiv, Ukraine

Suprun Daria,

Doctor of Pedagogical Sciences, Professor,
 Professor of the department of Special Psychology and
 Medicine,
 National Pedagogical Dragomanov University,
 Kyiv, Ukraine

PROFESSIONAL FORMATION OF PERSONALITY IN CONDITIONS OF SOCIAL COHESION IN EDUCATION

Intensification of inclusive processes in conditions of social cohesion in education in Ukraine actualizes the problems of specialists' training directly involved in the organization and providing the effective functioning of the inclusive educational environment. Modern professionally directed training in inclusive education system is a holistic process consisting of a range of subsystems, each of which performs its function. At the same time, as practice shows, the readiness to work in the inclusive educational environment is insufficient, what caused the need to determine the degree of future specialists' training aimed to work with children with psychophysical disorders in the conditions of the inclusive education, according to professional and motivational component. So, the concept of modern

education requires a new orientation purposes, principles, content, methods, evaluation obtained knowledge according to defined educational qualification characteristics of specialists, skills to solve typical problems and their application in practice. Thus, the interpenetration of knowledge of methods and theories and their practical application becomes so important. Incarnation in life of personally oriented paradigm of education proposes new requirements for training in high educational institutions. Therefore there is a necessity of forming a new generation of Special Education Specialists that can provide expert help for individual with disorders of psychophysical development to create the conditions for successful socialization and self-realization (Sheremet & Suprun, 2017).

The problem of scientific and theoretical substantiation and development of functional system components of professional training in the field of special education, that takes into account practical needs of modern society and integration of the national education system into the international educational space is not completely solved, and this, in turn, negatively is reflected on the level of professional training and is not contributed for competitiveness of the domestic and international labor markets (Suprun, 2017).

In government documents on national education policy defined priority content ideas of personality education: the ideas of freedom, equality, national and personal dignity; formation of hard work, mutual aid and self-discipline; attitude to life and the lives of others as the highest value. Scientists of the National Pedagogical Dragomanov University gained considerable experience with practical implementation in students' and listeners' educational process of the theoretical foundations of various education areas (Suprun, 2005).

Content tasks of education are defined with humanistic position in the «Convention on the Rights of the Child» and «Declaration of Human Rights». Article 29 of that Convention stated that the education of the child shall above all be directed to: development of the personality, talents, mental and physical abilities in full volume; development respect for human rights and fundamental freedoms and the principles enshrined in the UN Charter; development respect for parents, cultural identity, language and national values of the country in which the child is living, the country of origin and for civilizations different from own; preparation of the child for responsible life in a modern society in the spirit of understanding, peace, patience; development of respect for nature.

It is necessary to mention the theoretical and practical essence and trends of the modern technologies of special education specialists' professional training in higher educational institutions which are revealed:

- universal interaction of various pedagogical systems and teaching technologies, the introduction of new forms of practice and integrated pedagogical systems in practice provides the effectiveness of the pedagogical process;
- significant growth of the role of the communicative orientation of learning. The possession of a foreign language is a professional and cultural base for a specialist in any specialty, which gives him the opportunity to be an equal partner in international co-operation;
- active use of technical means;
- increasing in the role of student mobility as a participant in the learning process in the conditions of internationalization.

Thus, the effective means of forming the key special education specialist's competences are pedagogical technologies that are considered as a combination of teaching methods through the prism of relevant features of educational results, their effectiveness in determining the quality of higher education.

So, it is proved that the introduction of a new approach to education involves the use of the modern methods of special education specialists' professional training. Practically, a pedagogical

mechanism based on a competency approach should include teaching programs and guidance with professional workshops, trainings and special courses. An important should be feedback, diagnostics using psychological and sociological research methods that would cover the views of the students who studied this course and have ideas for innovation, taking into account the innovative development of technologies and labor market requirements for the practical use of specific modern programs that used in the work of the studied specialty. The practical component of the training should be in line with the modern needs of the information society in order to create the really needed and demanded educational and professional competences in the field of special education (Suprun, 2018b, 2018c).

In conditions of a system of social changes and spiritual values, the economic crisis in the country quality special education specialists' training becomes of paramount importance, because psychological doctrine that provides stability, prudence becomes imperative in time of modern scientific technology in all aspects of civilized society.

It is established that the present stage of the development of pedagogy and psychology is characterized by the active use of modular trans- and interdisciplinary technologies, which is due to changes in educational reform, the influence of new pedagogical concepts, the search for analogues of modern educational interdisciplinary integration processes. Consequently, the search for modern pedagogical technologies led to the revision and updating of the existing system of professional training, supplemented it with a new non-traditional content and attracted new approaches in the introduction of educational material. Modern pedagogical teaching technologies at this stage of development require the use of such mechanisms as a set of tools, approaches, actions through which the process of mastering the information space, provided that the target installation is reinforced with innovative approaches. The problem of modular trans- and interdisciplinary training is aimed at the introduction of new innovative techniques that are intensively developing in the field of special education. These approaches to organization of educational process in higher school, embodied in various didactic forms, allow fulfilling the requirements of the third generation's science, formulated in terms of competences. It is the interdisciplinary connection that is responsible for the integrity of the modern educational process.

Therefore, an essential component of special education specialists' training is the introduction of special education courses «New trends of training in the field of special education» and «Management – a component of professional training», in which can be seen trans- and interdisciplinary connections. Also, based on the results of research and based on studies of this problem have been developed and applied in practice methodical complexes training sessions «Components' formation of professional and personal growth in the field of special education» and «Development of motivation of professional self-realization in the field of special education» (Suprun, 2018a, 2018b).

5. Conclusions. Reasonable and methodologically justified is professionally directed training in the field of special education, the ultimate goal of which corresponds to outlined concepts of the student about future professional activity (objectivity activities), stimulates appropriate measures needs to obtain knowledge (motivation activity), leads to accordance training activities for personal use (purposeful activity) and also promotes the comprehension of the actual necessity of professional training as a guarantee to become educated, cultural, professional, competitive and successful person (awareness activities). Specified development occurs in the following psychological conditions: overcoming psychological barriers and protections, reduce symptoms of anxiety; forming a system of knowledge and skills as the basis for the development of professional motivation; promote self-actualization as the basic precondition of the mentioned motivation.

Guided by the conceptual and methodological principles defined system of training in the field

of special education as a complex system of targeted educational influence on the process of acquiring professional knowledge and skills, the formation of professional competence and professional development, which is noticed on the ability of the individual to the playback system of psychological and pedagogical knowledge and self-development, self-realization in professional activity. This definition of a comprehensive conceptual theoretical and methodological substantiation of the organization of training in the field of special education enables understanding the place and role of training in special education as a system in the general educational process of higher education. But any psychological and pedagogical process, activity or influence does not make sense without identifying ways of practical implementation, realization of real professional training. Understanding the professional training in the field of special education in higher educational institutions in projection on the practical implementation of level definitions has been defined as an optimal intensive use of traditional and innovative forms, methods and means of training aimed at effective and efficient assimilation of psychological and pedagogical knowledge and methods of obtaining it at the level of professional psychological and pedagogical, professional and subject, methodological, general-cultural and managerial aspects.

Thus, modern lecturer of the university aims to solve such problems as formation of students' intelligent component, his/her scientific ideology and high moral qualities of personality, develop professional orientation and interest to future profession, and develop the ability to apply theoretical knowledge in practice. So, promote modern lecturer aims to promote professional identity formation in the field of special education (Suprun, 2019).

Particular attention should also be paid to the fact that the reform of the educational field under research requires development of scientific bases of their professionally oriented training to work in the system of inclusive education by eliminating small training courses and by creating integrative trans- and interdisciplinary complexes. This would form the basis for mastering the theoretical bases and practical skills of diagnostic, correctional, rehabilitation, advisory and educational work, with the aim for the fundamentalization of professional training in general.

References:

1. Sheremet, M. (2018). Vyshcha osvita v Ukraini: internatsionalizatsiia, reformy, novovvedennia. [Higher education in Ukraine: internationalization, reforms, innovations]. *Stanovlennia osobystosti dytyny v umovakh suchasnoho rozvytku suspilstva: sotsialno-pedahohichnyi, psykholohichnyi, korektsiinyi i medychnyi aspekty – Formation of the child's personality in the conditions of modern development of society: socio-pedagogical, psychological, corrective and medical aspects*. Poltava : TOV «ASMI», 238-242.
2. Sheremet, M. & Suprun, D. (2017). Self-realization in the context of psychologists' professional training in the field of special education. *Materials of Ukrainian (correspondence) scientific and practical conference devoted to 5th anniversary of the department correctional education and special psychology*, 382-385.
3. Suprun, D. (2017). Profesiina pidgotovka psychologiv v galuzi specialnoyi osvity (monographia). Kyiv: Vyd-vo NPU imeni M.P. Dragomanova.
4. Suprun, D. (2018a). Management – a component of psychologists' professional training (menedzhment – skladova profesiinoi pidhotovky psykholohiv). Kyiv.: Vyd-vo NPU imeni M. P. Drahomanova.
5. Suprun, D. (2018b). Modernizatsiia zmistu profesiinoi pidhotovky psykholohiv v haluzi spetsialnoi osvity (monohrafiia). Kyiv: Vyd-vo NPU imeni M. P. Drahomanova.
6. Suprun, D. (2018c). Teoriia ta praktyka profesiinoi pidhotovky psykholohiv v haluzi spetsialnoi osvity. (dys.dok. ped. nauk). Natsionalnyi pedahohichnyi universytet imeni M.P. Drahomanova. Kyiv.
7. Suprun, M. (2005). Korektsiine navchannia uchniv dopomizhnih zakladiv osvity: vytoky, stanovlennia ta rozvytok (druga polovyna XIX-Persha polovyna of XX century.). Kyiv: Palivoda.

Авраменко Інна,
аспірант кафедри ортопедагогіки,
ортопсихології та реабілітології факультету
спеціальної та інклюзивної освіти
Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова
м. Київ, Україна

ВАЖЛИВІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ ФОРМИ РОБОТИ СТУДЕНТІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ У ВИШАХ

Отримання професії це важливий етап в житті кожної людини, який дає змогу представляти себе на ринку праці, щоб в подальшому задовольняти потреби своєї сім'ї, мати достойне матеріальне забезпечення для почуття гідності за себе, як повноцінного члена суспільства. Наша країна представляє велике різноманіття напрямків спеціальностей. Кожен постає перед вибором вищого навчального закладу в якому буде здійснюватися його навчальна діяльність.

Під час навчання в стінах вишу, студент отримує 20% знань матеріалу, а решту 80% повинен обробити та засвоїти самостійно, тому особливу увагу варто відвести самостійній роботі студента. Поняття «самостійність» означає здатність систематизувати, планувати та регулювати свою діяльність без безпосереднього постійного керівництва [2, с. 67].

Самостійна форма роботи студента дає можливість розвивати здатність планувати та реалізовувати власну навчальну діяльність без сторонньої допомоги. Специфіка такої форми отримання знань полягає в одночасному формуванні самостійності студента та розвитку здібностей, умінь, знань та навичок.

Самостійну форму роботи можна вважати універсальним засобом набуття освіти для студентів з інвалідністю. Інколи, бувають такі приклади коли вся навчальна діяльність студента, внаслідок тяжких хронічних захворювань, зосереджена в формі самостійної роботи. Таким чином питання пошуку шляхів оптимізації процесів розвитку та формування умінь та навичок самостійної навчальної діяльності студентів з особливими освітніми потребами є надзвичайно важливим.

Науковець Р. Кеттел в 1957 році ввів поняття «самостійність» як фактор особистості, що дало змогу використовувати факторну модель Кеттела для вивчення певних якостей особистості специфічної професійної групи [7, с. 118]. Тобто можна відслідкувати особистісний фактор «самодостатність (самостійність) – соціабельність (залежність від групи)» в інтерпретації. Таким чином науковець розділяє студентів на дві групи:

- 1) особи з високим рівнем самостійності, які не потребують підтримки групи, вони незалежні, самі приймають рішення та несуть відповідальність за їх результат;
- 2) несамостійні, залежні від групи, таким студентам притаманний «стадний ефект», вони не в змозі самостійно орієнтуватися в навчанні, потребують постійної підтримки, поради від групи, у них відсутня ініціатива та сміливість у виборі власної лінії поведінки.

Але в такій інтерпретації не врахована категорія студентів з інвалідністю. Якщо виокремлювати третю групу, то на нашу думку вона мала б звучати так:

- 3) «вимушено несамостійні» студенти з порушеннями функцій життєдіяльності, і в першому і в другому випадках потребують допомоги в організації самостійної роботи. Вони

залежні від певних вад здоров'я, і не можуть зорганізуватися самостійно. Це можуть бути психологічні бар'єри, фізичні перешкоди, нестача технічних засобів, невідповідний формат подачі матеріалу в вузі, некомпетентний підхід викладача внаслідок браку методичних рекомендацій по роботі з такими студентами тощо.

С. Головін пов'язує «самостійність» особистості з активною роботою думок, почуття і волі, та пояснює їх двосторонній зв'язок таким чином:

1) розвиток мисленневих та емоційно вольових процесів (судження та дії);

2) вищевказаний розвиток відбувається в ході самостійної діяльності. Тобто в процесі розвитку мисленневих та емоційних вольових процесів автоматично формується здатність приймати свідомо мотивовані дії, а також досягати вдалого виконання прийнятих рішень, незважаючи на труднощі [1, с. 711].

А. Шевцов вважає, що самостійна робота студента з обмеженнями функцій життєдіяльності є однією з найважливіших складових навчального процесу в закладах вищої освіти, оскільки здійснюється формування знань, умінь і навичок для оволодіння певною професією, розвиток інтересу до творчої роботи. Характерною рисою навчання у вищій школі вважається самостійний пошук знань, який залежить виключно від власних зусиль пошуковувача. Отже виходить, що ефективність самостійної роботи залежить від прикладених зусиль студента [9, с. 23].

На думку В. Козакова самостійна робота студента виявляється як специфічна форма діяльності, головною метою якої є формування такої риси особистості як самостійність, ґрунтуючись на діяльнісній теорії вчення [3, с. 12]. Специфічність такої форми діяльності навчання науковець пояснює тим, що їй властива двоєдина мета: формування самостійності студента (спеціальна мета навчання) та розвиток здібностей, знань, умінь та навичок студентів (основна мета діяльності вчення).

Стосовно психолого-педагогічних основ організації самостійної роботи студентів з інвалідністю в закладах вищої освіти А. Шевцов говорить як про специфічний предмет дослідження, одним із напрямів якого вбачає систему роботи щодо розвитку їхніх здібностей до здійснення самостійних навчальних дій [10, с. 308].

Багато науковців досліджуючи проблеми вищої школи мають різне бачення сутності самостійної роботи студентів та по різному її трактують. Разом з тим, є загально визнане твердження, яке говорить про те, що самостійна робота це єдиний спосіб формування і розвитку самостійності особистості. Самостійність полягає в здатності приймати та здійснювати власні рішення і нести за них відповідальність.

Навчальний процес вміщує безпосередню діяльність, як взаємодію людини з оточуючим середовищем та досягненням поставлених цілей. Самостійність в даному процесі передбачає наявність неабияких зусиль для оволодіння складними вміннями і навичками організовувати самоосвіту, знаходити власні нові підходи до вирішення питань.

Розглянемо аспекти які обумовлюють формування компетенцій самостійної роботи студента з вадами здоров'я в системі корекційно-реабілітаційної роботи [10, с. 308]:

1) Аналіз стану педагогічної практики в аспекті організації діяльності студентів з інвалідністю показує, що стандартні технології навчання (їх зміст, методи, форми) не можуть стовідсотково залучити такого студента до активної самостійної діяльності. В школах вчать запам'ятовувати, споживати та накопичувати матеріал, а сьогодення диктує такі умови, що молодь повинна вміти ще й творити.

2) Підвищення ефективності самостійної роботи студента з інвалідністю може позитивно вплинути на перебіг освітнього процесу в загалому.

3) Мета формування компетенцій самостійної роботи та цінність таких компетенцій для життєдіяльності людини є невід'ємними складовими цілеутворювального компонента системи реабілітування.

4) Співвідношення якості та кількості самостійної навчальної діяльності студентів з інвалідністю має бути таким, щоб не завдати ще більше проблем здоров'ю.

Більшість науковців визнають таку класифікацію видів самостійної роботи студентів [5, с. 164; 8, с. 132]:

1) За поданими зразками – завдання і вправи які мають репродуктивний характер. Студент може засвоїти матеріал визначивши зв'язки та відношення, при цьому не заглиблюючись в суть явищ.

2) Конструктивно-варіантні – завдання які допомагають відтворити структуру знань. Завдання потребують вміння з'ясувати внутрішні зв'язки і відношення предметів і явищ, використання для вирішення завдань методів аналізу і синтезу, систематизації тощо.

3) Евристичні – завдання, спрямовані на вирішення окремих проблем, які висуваються під час проведення лекцій, практичних, лабораторних чи семінарських занять. Такі завдання розвивають вміння формулювати проблему, бачити шляхи її вирішення, формують творчий підхід до розв'язання завдань самостійної діяльності.

4) Творчо-дослідницькі – завдання які відрізняються високим рівнем науковості, оригінальністю та новизною. Успішне виконання таких робіт вказує на високий рівень розвитку здібностей студента до самостійної діяльності.

Виконання різних типів самостійних робіт передбачає вміння студентом здійснювати певні види навчальної діяльності, а саме [10, с. 310]:

- 1) конспектування, складання планів і тез;
- 2) кодування інформації, складання таблиць, схем, графіків;
- 3) написання рефератів, доповідей, звітів;
- 4) розв'язування задач, виконання вправ, письмових контрольних робіт;
- 5) дослідження певних процесів і явищ;
- 6) пошук та обробка літературних джерел тощо.

Виділяють три рівня самостійної навчальної діяльності (на яких відбувається розвиток умінь) [4, с. 33]:

I рівень – самостійна робота під час застосування знань. Реалізується завдання засвоєння певних знань, одержання відповідних умінь і навичок, вмінь розв'язувати типові задачі.

II рівень – творча активність на рівні дій. Розв'язування нових задач не за готовими рецептами, а самостійне знаходження способів розв'язування.

III рівень – творча активність на рівні діяльності, що зумовлює не тільки самостійне розв'язування поставлених задач, а й самостійне формулювання та творче вирішення нових.

На будь-якому рівні формування компетенцій самостійної діяльності першочерговим є формування системи мотивів навчальної діяльності студентів з обмеженнями функцій життєдіяльності. Як правило, низький ступінь розвитку умінь, необхідних для самостійної діяльності, сприяє неможливості виконати завдання і як наслідок значно знижуються рівень мотивації до самостійної роботи.

Для ефективності самостійної роботи студента необхідне виконання таких умов [10, с. 312]:

- 1) Раціонального поєднання аудиторної і самостійної роботи.
- 2) Методична організація самостійної роботи студента в аудиторії та поза нею.
- 3) Забезпечення студентів необхідними методичними матеріалами.

4) Ефективний контроль за ходом самостійної роботи та розробка системи заходів для заохочення студентів за якісне її виконання.

Слід зауважити, що навчально-реабілітаційна робота з питань формування та розвитку здатності студентів з інвалідністю здійснювати самостійну навчальну роботу має ґрунтуватися на таких принципах:

1) Принцип моделі інтересу – обов'язкове врахування індивідуальних інтересів та подальших життєвих і професійних планів людини.

2) Принцип нозологічної диференціації – врахування порушень психофізіологічного розвитку при визначенні темпу та форм самостійної роботи.

3) Принцип дозування андрагогічної допомоги – допомога має бути такою, щоб студент залишався змотивованим до самостійності, та такою щоб було досягнуто певного результату.

4) Принцип наступності – процес формування умінь «від простого – до складного», з обов'язковою опорою на раніше набуті навички.

5) Принцип усвідомленості навчання прийомам самостійної роботи – «знай і розумій те, що знаєш».

6) Принцип повторюваності дій – постійне тренування пам'яті та здатності самостійно вирішувати задачі, які вимагають самостійного мислення, судження та дій.

Побудована на таких принципах організація самостійної форми роботи студента з особливими освітніми потребами у вишах забезпечить оволодіння всіма знаннями, вміннями і навичками, надасть студенту життєвих, соціально-психологічних компетенцій, що дозволить більш ефективно інтегруватися в освітній та психологічний простір закладу вищої освіти.

Питання організації самостійної форми роботи студентів з особливими освітніми потребами у вищих навчальних закладах з теоретичного боку досліджене досить ґрунтовно, проте потребує детального вивчення з точки зору практичного аспекту інклюзії.

Розглянувши різноманітні підходи щодо організації самостійної роботи студента можна зробити висновок, що більшість науковців наголошують на тому, що включення заходів із формування компетенцій самостійної навчальної діяльності студента з інвалідністю до системи комплексного супроводу є більше ніж обумовленим. При дотриманні відповідних правил організації самостійної роботи студентів з особливими освітніми потребами у вишах можна сформувати в них вміння і навички власної діяльності, розвинути пізнавальну здатність студента, підвищити рівень творчої, професійної активності.

Враховуючи все вище викладене, перспектива подальшої наукової роботи полягатиме в створенні методичних рекомендацій щодо організації самостійної форми роботи студента з інвалідністю у вишах.

Список використаних джерел :

1. Головин С.Ю. Словарь психолога практика. 2-е изд. перераб. и доп. Мн.: Харвест, 2001. 976 с.
2. Гуріна З.В. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць К-ПНУ ім. Івана Огієнка, Інсти-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ. 2010. Випуск 9. С. 65-73.
3. Козаков В.А. Самостоятельная работа студентов и её информационно-методическое обеспечение: учеб. пособ. К.: Вища школа, 1990. 248 с.
4. Матвеева Н.И. Психолого-дидактические основы организации самостоятельной работы слушателей подготовительных отделений. Н.И. Матвеева, В.И. Чеботарёв. Проблемы высшей школы. Киев: Вища школа, 1990. Вып. 70. С. 33-40.
5. Палеха Ю.І. Основи психології та педагогіки: навч.-метод. посіб. Ю.І. Палеха, В.І. Герасимчук, О.М. Шиян. 2-ге вид., доп. К. : Вид-во Європ. Ун-ту, 2002. 164 с.

6. Питання проблемного навчання. К.: Рад. школа, 1978. 126 с.
7. Психологическая диагностика: Проблемы и исследования: под ред. К. М. Гуревича. М.: Педагогика. 1981. 118 с.
8. Теоретико-методологічні засади та технології інклюзії у ЗВО. Досвід Університету «Україна»: кол. моногр. Таланчук П.М., Чайковський М.Є. та ін.; за наук. ред. П.М. Таланчука. К.: Університет «Україна», 2018. 481 с.
9. Шевцов А.Г. Ваши первые шаги в университете: метод. посіб. для прешокурсн. А.Г. Шевцов, О.В. Бажан. Київ: Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», 2001. 23 с.
10. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: монографія. К.: «МП Леся», 2009. 483 с.

УДК 159.97(072)

Афузова Ганна,

кандидат психологічних наук, доцент
кафедри спеціальної психології та медицини,
факультет спеціальної та інклюзивної освіти,
Національний педагогічний університет імені
М.П. Драгоманова
(Київ, Україна)

ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ПРИ ДЕФІЦИТАРНОМУ РОЗВИТКУ (НА ПРИКЛАДІ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ) ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

У сучасному світі не втрачає актуальності проблема збільшення кількості дітей з інвалідністю. Так, за даними різних науковців у 60% випадків дитяча неврологічна інвалідність пов'язана з патологією перинатального періоду, при цьому 24% складають пацієнти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП); захворюваність ДЦП відзначається в межах 2,9-5 (в середньому 2,5) на 1000 дітей [4, 6]. У дітей з ДЦП резидуально-органічна церебральна недостатність мозку може бути основою для розвитку когнітивної патології, психогенних реакцій, а також патологічних формувань особистості зважаючи на вплив несприятливих психосоціальних впливів, обумовлених порушеннями психофізичного розвитку [3, 4]. На основі аналізу наукових досліджень Немкової С., Заваденко Н., Маслової О., Каліжнюк Е., Козьявкіна В., Шестопалової Л., Ito J., Araki A., Tanaka H., Tasaki T., Cho K., Савіної М., Холина А., Каркашадзе Г., Левченко І., Мастюкової О., Кириченко О. та інших науковців можна зробити висновок, що, крім межових психічних розладів, при ДЦП часто має місце і формування патологічних властивостей особистості за дефіцитарним типом, коли на грубу органічну патологію неминуче нашаровується психотравмуючий вплив соціальних чинників, обумовлених інвалідизацією дітей: обмежене спілкування та неприйняття з боку нейротипових однолітків, надмірна негативна увага з боку оточуючих, явища госпіталізму, особистісно деструктивні виховні впливи, сенсорна депривація при поєднанні рухового порушення з порушеннями зору / слуху, неуспішність у провідному виді діяльності тощо [1, 4, 5].

Як зазначає Каліжнюк Е., у дітей з ДЦП в зв'язку з переживанням почуття меншовартості виникають психогенні реакції, які в разі гіперкомпенсації формуються в двох напрямках: пасивно-оборонному і агресивно-захисному [1]. Психогенні зміни особистості більш чітко виражені у підлітковому та юнацькому віці, і часто переважають над психоорганічними

розладами, які в процесі вікової динаміки і лікування можуть піддаватися зворотному розвитку. В цілому психогенне патологічне формування особистості найчастіше спостерігається у дітей зі спастичною диплегією, рідше – при інших клінічних формах ДЦП, проте наявність у клінічній картині інших додаткових сенсорних порушень (порушень зору, слуху) є сприятливим підґрунтям для появи психогеній [4].

При вивченні основних особистісних особливостей дітей і підлітків з ДЦП з допомогою дитячого варіанту особистісного опитувальника Кеттелла Козьякнін В. та Шестопаловою Л. було виявлено, що домінуючими особистісними рисами цих дітей були підвищена тривожність, невпевненість в собі, схильність до постійних сумнівів і побоювань, почуття постійної напруженості, загальної дратівливості, незадоволеності собою і оточуючими, почуття підвищеної відповідальності і контролю. При цьому вони виявляли емоційну неврівноваженість, підвищену психологічну вразливість, знижену стійкість до психологічних навантажень. Цікавим виявився і той факт, що навіть без виражених особистісних змін, у деяких досліджуваних відзначалася наявність відносно обмеженого запасу знань і відомостей про себе і довкілля у поєднанні із зниженням критичності мислення, що розглядалося дослідниками як латентна тенденція до поступового формування патологічних рис особистості [2]. За висновками Каліжнюк Е., які ґрунтуються на концепції К. Юнга про екстра- та інтравертовані особистості, дітям із спастичною диплегією більш властиві інтравертовані риси характеру (полохливість/лякливість, схильність до різних страхів, любов до підвищеної уваги, яке гарантує безпеку), тоді як діти з гіперкінезами частіше демонструють екстравертовані риси (товариськість, легку збудливість, запальність, емоційну нестійкість) [1].

Як зазначає Левченко І., серед порушень розвитку особистості у дітей та підлітків з ДЦП переважають різні варіанти ускладненого психічного інфантилізму, основною ознакою якого є недорозвинення довірливої регуляції поведінки і вищих форм вольової діяльності, при цьому у пацієнтів з ДЦП відзначаються всі три варіанти ускладненого психічного інфантилізму:

- 1) невропатичний, при якому ознаки психічного інфантилізму поєднуються з проявами невропатії;
- 2) церебрастенічний, який об'єднує ознаки емоційно-вольової незрілості та підвищену емоційну збудливість, порушення пам'яті, уваги та розумової працездатності;
- 3) органічний, при чому спостерігається поєднання незрілості емоційно-вольової сфери з порушеннями інтелектуальної діяльності у вигляді інертності, малорухливості розумових процесів, низького рівня узагальнення тощо [3].

Майже завжди при ДЦП будуть спостерігатися невласиві даному віку риси дитячості, безпосередності; превалювання мотивів задоволення у діяльності, схильність до фантазування і мрійливості; лякливість, підвищена «загальмованість» в незнайомих умовах, що надовго фіксуються та істотно впливають на процес навчання таких дітей [1]. Крім різних проявів психічного інфантилізму, ряд дослідників відзначають у дітей з ДЦП наявність варіантів психастенічного, астенічного і аутистичного розвитку особистості [4, с. 110].

Тривале клініко-динамічне спостереження науковців на чолі із Немковою С. дозволило запропонувати таку типологію психогенного патологічного формування особистості у дітей і підлітків з церебральним паралічем [4]:

1. Астено-невротичний тип, який характеризується підвищеною сензитивністю, вразливістю, нестійкістю до найменших життєвих та навчальних ускладнень, комплексом неповноцінності з формуванням пасивно-оборонних реакцій. До описаного вище іноді приєднується заїкання, енурез; страхи падіння, пересування, висоти; афективні коливання, особливо в підлітковому віці, зі схильністю до тривожних і депресивних станів, іноді суїцидальних спроб. Як зазначають

науковці, даний тип психогенного патологічного формування особистості частіше спостерігається у дітей і підлітків з вираженими руховими порушеннями, нестійкою ходою, які знаходяться у значній залежності від оточуючих.

Такі діти болісно переносять лікарський огляд, ін'єкції і інші процедури, що супроводжується вираженими вегето-судинними реакціями; важко звикають до умов поза домівкою, реагують на розлуку з матір'ю адинамією, плаксивістю, відмовою від їжі. Також у них відзначається брак здібностей до тривалих фізичних і інтелектуальних навантажень. До позитивних рис дітей з астено-невротичним типом психогенного патологічного формування особистості відносяться цілеспрямованість і зацікавленість у виконанні завдань, що сприяє компенсації астеничних проявів і є основою для реабілітації [4].

2. Псевдоаутистичний тип формується, як правило, у знерухомлених дітей і підлітків з важким руховим дефіцитом, що поєднується з розладами мовлення. Це обумовлює соціальну депривацію дитини і проявляється у вигляді схильності до замкнутості, пасивності, самотності, глибокого самоаналізу, фантазій, які часто носять гіперкомпенсаторний характер (такі діти схильні писати вірші, вести щоденник; деякі дівчатка збирають світліни моделей чи балерин тощо). У ситуації поза домівкою такі діти повільно звикають до нової обстановки, швидко втомлюються на корекційно-розвиткових заняттях. У дітей і підлітків цієї групи раніше, ще в дошкільному віці, формується усвідомлення власного дефекту та спрямованість на його корекцію, що підвищує у майбутньому ризик схильності до суїциду [4].

3. Афективно-збудливий тип характеризується підвищеною емоційною збудливістю, агресивними спалахами, грубістю, забіякуватістю, реакціями протесту і відмови, імітацією негативної поведінки оточуючих, особливо при перебуванні у хронічній психотравмуючій ситуації. Найчастіше даний тип психогенного патологічного формування особистості при ДЦП спостерігається за несприятливих умов життя і виховання, спадкової схильності. Даний тип характерний для дітей з нерізно вираженими руховими порушеннями, як правило, при геміпаретичній формі ДЦП. Компенсація можлива при подоланні психотравмуючої ситуації і корекції негативного впливу сім'ї, оточення, при формуванні адекватних професійних інтересів [4].

4. Нестійкий варіант формується, як правило, у підлітковому віці, при цьому характерним є недорозвинення вольової діяльності, сугестивність, безтурботність, нестійкість намірів і вчинків, прагнення до постійної гіпероцінки себе, зміни вражень, поверховість знань і суджень. Даний тип психогенного патологічного формування особистості зустрічається переважно при геміпаретичній і гіперкінетичній формах ДЦП. Непосидючість, легка перенасичуваність в процесі навчання, переважання ігрових мотивів часто призводять до низької успішності, тому, як відзначають автори типології, важливо створити у такої дитини зацікавленість у виконанні роботи. При вихованні у несприятливих умовах у дітей спостерігаються реакції імітації, що може призводити до порушення режиму занять, ухиляння від них, втеч з уроків, асоціального способу життя. Регламентовані умови стаціонару тимчасово компенсують риси нестійкої особистості, але в подальшому швидко виникає декомпенсація, оскільки такі діти легко піддаються негативному впливу. Профілактичні заходи повинні бути спрямовані на нормалізацію соціальних умов, вироблення вольових зусиль, реабілітаційної налаштованості з яскравою емоційною зацікавленістю [4].

5. Істероїдний варіант характеризується егоцентризмом, примхливістю, упертістю, надмірними вимогами підвищеної уваги до себе. Особливе значення в формуванні такого типу має неправильне виховання по типу потураючої гіперпротекції («кумир сім'ї»). Дітям з істероїдним типом психогенного патологічного формування особистості при ДЦП часто

притаманні непослух, небажання працювати, порушення режиму. Декомпенсація може наступати як при психотравмуючому впливі (при цьому психогенні реакції часто носять характер гострих, з моторним збудженням, посиленням тону і гіперкінезів, синкінезій, вегетосудинними порушеннями, демонстративними суїцидальними тенденціями), так і при перенасиченні одноманітною буденною діяльністю, при відсутності емоційно насичених завдань, при нереалізованості прагнення бути лідером. Відносна компенсація при цьому виникає паралельно з покращенням рухових функцій, при цьому поліпшується адаптація, налагоджуються стосунки з оточуючими. При побудові реабілітаційної роботи необхідно пропонувати дитині емоційно насичені заняття (діти охоче виконують престижні доручення, грають в шкільному театрі, люблять яскравий одяг, музику), поєднувати вимогливість і заохочення дитини, використовувати групову психотерапію для подолання егоцентризму, терапію зайняттю з частим перемиканням на різні види діяльності. Сімейна психотерапія повинна будуватися з роз'ясненням нераціональності виховання за типом гіперопіки [4].

6. Диспропорційний тип психогенного патологічного формування особистості характеризується поєднанням рис незрілості і парціальної психічної акселерації, чому сприяє виховання по типу гіперопіки, в умовах нестачі спілкування і відсутності досвіду, при цьому діти начитані, надмірно серйозні, але часто некритичні, не здатні повною мірою врахувати ситуацію [4].

При плануванні програми реабілітації при ДЦП обов'язково повинні враховуватися особливості особистості дитини, структура психологічних порушень і механізми їх компенсації. Різноманітність психологічних розладів у дітей з ДЦП вимагає використання всього спектра можливостей комплексного психолого-педагогічного впливу: методів корекційної педагогіки, спеціальної психолого-педагогічної і логопедичної корекції, кондуктивної педагогіки, системи Монтессорі, психотерапії (в тому числі сімейної), адекватного вибору закладу освіти і терапії зайняттю [4].

Список використаних джерел:

1. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев: Вища школа. 1987. 269 с.
2. Козьякин В. И., Шестопалова Л. Ф. Психологическое обследование детей с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с детскими церебральными параличами: метод. рекомендации. Харьков. 1995. 21 с.
3. Левченко И. Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: автореф. дис. на соискание ученой степени докт. псих. наук : [спец.] 19.00.10 «Коррекционная психология» / Институт коррекционной педагогики РАО. Москва, 2001. 42 с.
4. Немкова С. А., Маслова О. И., Каркашадзе Г. А., Мамедьяров А. М. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 10 (2). С. 107-116.
5. Савина М. В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом. *Международный медицинский журнал*. 2010 (3). С. 11-15.
6. Ito J., Araki A., Tanaka H., Tasaki T., Cho K. Intellectual status of children with cerebral palsy after elementary education. *Pediatric Rehabilitation*. 1997; 1 (4). P. 199-206.

Ачкевич Світлана,
аспірантка Національного педагогічного
університету імені М. П. Драгоманова
м. Умань, Україна

АНІМАЛОТЕРАПІЯ ТА ОБРАЗ ТВАРИН У НАРОДНІЙ ПЕДАГОГІЦІ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ ТА ФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анімалотерапія (від латинського «animal» – тварина) – вид терапії, що використовує людина з метою психотерапевтичної допомоги. Це цивілізований науковий метод лікування і профілактики фізичних та психічних порушень.

В даний час анімалотерапія отримала визнання у всіх Європейських країнах. У ряді країн існують спеціальні інститути, які займаються

вивченням та дослідженням впливу тварин на людей. Активно проводяться міжнародні конференції та семінари, присвячені методикам лікування за допомогою тварин. В Америці, Великобританії, Фінляндії, Франції та Канаді були створені організації, які надають послуги анімалотерапії дорослим та дітям з фізичними або психічними порушеннями.

Дослідження показали, що сама присутність тварини може викликати седативний ефект у дітей з гіперактивністю. Дотик і близькість тварин приносять комфорт і підтримку. Наприклад, досвід у дитячих лікарнях західних країн показує, що взаємодія дітей з тваринами розкриває природні здібності тварин та є джерелом радості та задоволення для дітей, що проходять лікування і тим самим прискорює їх одужання.

Присутність поруч з людиною живої істоти, маленького і беззахисного, пробуджує почуття відповідальності. Догляд і турбота компенсують потребу бути значущим для інших. Тварини рятують людей від самотності, вони відчують, коли господареві важко морально чи погано фізично і вчасно виявляються поруч. Маленькі улюбленці в сім'ї сприяють гармонізації міжособистісних відносин: спільна опіка та ігри з ними допомагають згуртувати родину, налагодити контакт з дітьми і між батьками.

Анімалотерапія дозволяє не тільки лікувати, але і попереджувати нервові розлади та депресії. У анімалотерапії широко застосовуються різні символи тварин: образи, малюнки, казкові герої, іграшки. Використовуються також і звуки тварин.

В цій статті ми хочемо висвітлити такий аспект (анімалотерапії) як образ тварин в народній педагогіці.

Робота з образами тварин включена у більшості видів психотерапії. Використовуються образи тварин і в народній педагогіці, для найменших у колискових, потішках, забавлянках, для старших у казках, легендах, епосі.

Відомо, що дитина народжується як чистий аркуш паперу, на якому з'являються нові образи які дитина отримує в наслідок взаємодії з дорослим та навколишнім світом. При взаємодії з дорослим малюк запам'ятовує голос, інтонацію, і легко ідентифікує його з поміж інших голосів. Важливим засобом розвитку та реабілітації для малюка з церебральними порушеннями є колискова.

Коліскові пісні мають неабияке значення. Слухаючи давно знайомий, приємний, ніжний голос матері який заспокоює дитину, налаштовує на хороший повноцінний сон, під час якого розвиваються компенсаторні механізми центральної нервової системи. Яка в подальшому і забезпечує сприятливий розвиток малюка.

Під впливом материнського голосу розвиваються естетичні почуття, емоційність: адже дитина не тільки слухає голос матері, а й бачить її обличчя, усмішку. Колискові пісні приваблюють своєю простотою, безпосередністю, ніжністю, співучістю. У багатьох колискових піснях є епізоди, пов'язані з тваринами, близькими дитині: котиком, мишкою, бджілкою, наприклад: «Котику сіренький», «Ой ну, коту, коточок», «Котик волохатий».

На їхній основі можна виховати любов до тварин, птахів, комах, бережливе ставлення до природи, що може вплинути на виховання таких важливих моральних рис, як доброта, чуйність. Розучування колискових пісень корисне і для розвитку мовлення та формування комунікативних здібностей дитини.

Коліскові пісні – це своєрідні замовляння, в які кожний виконавець може вносити зміни, доповнення, найчастіше – це заміна загальних назв типу: дитина, мале, хлопець, дівка, лагідними і пестливими власними іменами дітей. При виконанні колискової використовується ім'я дитини: Ходить кіт по горі, Всім діткам дає, Носить сон у рукаві, А Юркові спать не дає. Ясно, що в іншому варіанті спать не дає Костикові, Світланці, залежно від імені дитини, якій співають колискову. Колискові ніби наділені магічною силою. Вона проявляється і в мелодії – тихій, неквапливій, наспівній, і в словесних образах, в силі самого слова.

Образ kota у колискових наділений численими обов'язками він буде дитину колихати, бавити, воркотати: «Як кіт буде воркотати, То дитина буде спати». Крім того, на kota покладають й інші обов'язки (скопати грядку, вимести хатку, настелити сінця, тощо), часто перепадає котові й на горіхи, аби «по ночах не ходив, малих діток не будив». Таке суперечливе «становище» kota в колискових піснях, очевидне, оскільки потрібно співати ту пісню яка підходить та змальовує поведінку дитини щоб дитина могла провести аналогію. Якщо дитина поводить себе спокійно, засинає то потрібно сварити kota щоб він не будив дитину та не ходив по хаті. Бо дитина буде спати. А якщо дитина вередує та не лягає спати то потрібно співати колискову про kota який піде копати грядку. Таким чином дитина розуміє, що якщо вона не буде спати то піде копати грядку.

Важливими засобами розвитку мовлення є потішки або забавлянки (утішки, потішки, чукикалки) – жанр дитячого фольклору, коротесенькі пісеньки чи віршики гумористичного, жартівливого змісту, ігрової спрямованості. Вони в собі поєднують єдність слова й розвиток загальної та дрібної моторики дитини «Сорока ворона, діткам кашку варила» вони супроводжуються не тільки відповідними рухами, а й розвивають мовленнєві здібності; залучають маленьку дитину до співучасті, привчаючи її до певних навичок і викликаючи увагу до ручок, ніжок, деяких речей. Незважаючи на простоту, забавлянки сприяють жвавому спілкуванню з довкіллям (форма – діалог), привчають до почуття прекрасного (їх співають або проказують речитативом).

Найпоширенішим засобом народної педагогіки залишається казка. Це народно-поетичний або писемно-літературний твір про вигадані події, осіб, іноді за участю фантастичних сил. В народній творчості казка є одним з основних жанрів, де постає прозаїчний твір чарівного, авантюрного чи побутового характеру усного походження з настановою на вигадку.

І саме в українських народних казках, що використовують образи тварин, представлений найцінніший досвід спілкування і взаємодії з тваринами, який допомагає вирішити певні труднощі у дорослому житті. У них явно простежується включення знань про тваринний світ в систему образних засобів характеристики людини, розширення і поглиблення компетенцій про саму людину за допомогою порівняння і зіставлення.

В основі порівняння і зіставлення лежать ознаки подібності по загальному враженню, а також за психологічними особливостями. Казки про тварин хороші тим, що в них відсутні прямі моралі, повчання, їх герої – не люди, що виключає побудову прямих аналогій, а в метафоричній формі показуються ситуації і проблеми, які переживає у своєму житті кожна людина, це в свою чергу, дозволяє розширити картину бачення світу та побачити такі рішення проблеми, про які людина, можливо, і не підозрювала, вселити в неї віру та позитивні емоції. Образи тварин можуть використовуватися і для подолання страхів у дітей. Так, А. І. Захаров говорить про те, що в два роки страх може викликати образ «Вовка», здатного завдати болю. Однак знайомство з цим образом необхідно і корисно. Він знайомить дітей з негативними сторонами взаємовідносин людей, з жорстокістю, бездушністю і небезпекою взагалі. Разом з тим життєстверджуючий настрій казок, в яких добро перемагає зло, дає можливість показати дитині, один із прикладів, як подолати виникаючі труднощі і небезпеки. Незабаром після того, як з'являється образ «Вовка», починається боротьба з ним, як одна з форм підкресленого у цьому віці затвердження свого «Я». Свого апогею вона досягає в грі, коли мисливець вбиває «Вовка». Як результат, до трьох років «Вовк» переможений.

Узагальнивши, стан досліджень по даному питанні сучасної науково-методичної літератури та досвід провідних фахівців можна говорити про те, що метод анімалотерапії один із дієвих методів реабілітації при фізичних та психічних порушеннях у дорослих та дітей.

Крім того варто зазначити, що використовуючи засоби народної педагогіки де присутній образ тварин ми допомагаємо дитині, пізнати світ, проявити силу волі, перебороти страх, збагнути модель поведінки інших людей, виховати та навчити діяти на досвіді тварин які опинилися у схожій ситуації.

Найближчим часом ми плануємо провести дослідження, завдяки якому зробимо спробу визначити, вплив анімалотерапії на психічне та фізичне здоров'я дитини, простежити динаміку покращення на різних етапах.

Список використаних джерел:

1. Анцупова І. І. Анімалотерапія – Москва, Навколо світу raquo;: журнал Навколо світу N12 (2795) Грудень, 2006.
2. Мифы народов мира. Энциклопедия: В 2 т. — 1988. — Т. 2. — С. 11. 2
3. Чикилівська В. Вірування про kota // Бюлетень етнографічної комісії. — 1929. — № 11. — С. 5-49.
4. Матвієнко Н. Колискова – пісняматері // Початкова школа. – 1994. – №1. – С.5–7.
5. Сивачук Н. Український дитячий фольклор: Підручник. – К.: Деміур, 2003. – 288 с.
6. Юркевич В. С.Одаренный ребенок. Иллюзии и реальность . – М.: Просвещение, 2000. – 136 с.

Бажмін Володимир,
кандидат педагогічних наук,
методист Методичного відділу НМС
Державної реабілітаційної установи
«Центр комплексної реабілітації для
дітей з інвалідністю «Мрія»
м. Миколаїв, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ ПРОТЯГОМ УСЬОГО ЖИТТЯ

В Україні кожне десятиріччя збільшується кількість дітей з інвалідністю, статистика показує що станом на 01 січня 2020 року, в Україні більше 20,5 тис. дітей з інвалідністю мають порушення функцій опорно-рухового апарату [1].

Кожна дитина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за індивідуальною програмою реабілітації має право отримати реабілітаційну послугу з фізичної реабілітації.

Фізична реабілітація визначена як система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації. Фізична реабілітація забезпечує функціональне відновлення особи з інвалідністю, виявляє і розвиває резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення. Розвивати в людині з інвалідністю фізичну активність одне з головних завдань процесу фізичної реабілітації [2].

Відновлювати порушені функції опорно-рухового апарату в людині із порушеннями функцій опорно-рухового апарату необхідно протягом усього життя. Фізична реабілітація впливає на всі сфери життєдіяльності людини соціальну діяльність, рівень фізичних і духовних сил протягом усього життя, соціалізацію та інтеграцію у суспільство, самореалізацію, спрямування на саморозвиток з метою покращення якості життя. І головне створити мотивації у дитини до самостійного особистого розвитку впродовж усього життя.

Відновлення порушених функцій опорно-рухового апарату починається із тестування та клінічної оцінки рухових порушень. Наступний етап навчання дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату правильно рухатися, використовувати ортезно-протезні та інші технічні засоби реабілітації. Для дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в першу чергу складається алгоритм реабілітаційних заходів.

У Центрах комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю в Україні використовують майже всі засоби фізичної реабілітації (масаж, лікувальна фізична культура, фізіотерапія, механотерапія, комплекси адаптивної фізичної культури тощо). Найефективніший засіб фізичної реабілітації для дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату – Адаптивна фізична культура (АФК). Адаптивна фізична культура як частина загальної фізичної культури спрямована на задоволення потреби дитини з інвалідністю у руховій активності, відновленні, зміцненні й підтриманні здоров'я, особистого розвитку.

Адаптивну фізичну культуру слід розглядати як лікувально-педагогічний засіб який фахівці реабілітологи починають використовувати на початку роботи із дитиною з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Засоби АФК є одночасно лікувальними й освітніми, вони спрямовані на навчання прийомам компенсації, відновлення,

життєзабезпечення, розвиток та удосконалення організму дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Реабілітологи навчають дитину з порушеннями функцій опорно-рухового апарату системі найпростіших фізичних вправ, спрямованих на корекцію дефектів фізичного розвитку та моторики, укріплення здоров'я, напрацювання життєво-необхідних рухових умінь та навичок у дітей. Всі наступні реабілітаційні дії міцно пов'язані з руховими вміннями та навичками дитини із порушеннями функцій опорно-рухового апарату [3].

Тому реабілітологи стверджують що перші кроки фізичної реабілітації це фундамент успішної роботи в Центрі комплексній реабілітації з дитиною із порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Головне завдання фізичної реабілітації подолання порушень у розвитку опорно-рухового апарату дитини.

В процесі комплексної реабілітації для дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату потрібні особливі форми організації розвивального середовища, освітні елементи якого набувають спеціального корекційного змісту за допомогою фахівців системного реабілітування підготованих на спеціальних кафедрах [4].

Фізична реабілітація в Центрі комплексній реабілітації починається з розробки індивідуального плану реабілітації. Фізична реабілітація складається з кількох напрямків впливу на дитину з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Головні форми фізичного реабілітування: комплекси АФК, лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія, механотерапія, тощо. Практика занять із фізичної реабілітації, зокрема методи АФК, показує що в процесі реабілітації дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату це основа успіху дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату не тільки на початку реабілітації а і запорука успішності людини з інвалідністю протягом усього життя.

Кожна дитина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату клієнт Центру реабілітації отримує повний комплекс послуг з фізичної реабілітації і це є початок подолання її індивідуальних фізичних порушень. Розроблена індивідуальна програма реабілітації щодо фізичної реабілітації та заняття з використанням всіх рекомендованих форм фізичної реабілітації стають для дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату своєрідної дорожньої картою на все життя.

Слідуючи за алгоритмом фізичного розвитку дитина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату разом із родиною може запланувати і реалізувати нові досягнення у житті. Виходячи з правильно розробленого алгоритму фізичної реабілітації, початком якої була АФК, дитина продовжує правильно і ефективно компенсувати індивідуальні порушення опорно-рухового апарату та фізично розвиватись. Ефективний фізичний розвиток надає їй можливість отримати освіту, визначитися із можливістю трудової, професійної діяльності. Дитина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату отримує гідний старт для якісного дорослого життя.

В Центрі комплексній реабілітації спеціалісти реабілітологи вважають що для більш якісного реабілітаційного ефекту проведення занять з адаптивної фізичної культури необхідно в умовах присутності батьків дитини з порушеннями опорно-рухового апарату. Навчання батьків дитини елементам адаптивної фізичної культури необхідно для забезпечення більш швидкого та коректного розвитку опорно-рухового апарату дитини. Консультування батьків сприяє згладжуванню та подоланню багатьох некоректних спроб навчити їх дитину подолати особливості його рухових порушень, вторинні порушення психічної та емоційно-вольової сфери. Батьки повинні допомагати дитині з порушеннями функцій опорно-рухового апарату постійно і правильно розвиватися фізичне, психічне, інтелектуальне.

Випускники Центрів комплексній реабілітації в спільній праці команди спеціалістів реабілітологів, фахівців із системного реабілітування, медичних працівників, родини досягають позитивних результатів фізичного розвитку і мають перспективи подальшого розвитку майже на рівні здорової людини.

Практичні позитивні результати застосування відновлення порушених функцій опорно-рухового апарату засобами фізичної реабілітації представлені у досягненнях дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату всіх Центрів комплексній реабілітації.

Наприклад у Державній реабілітаційній установі «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Мрія» м. Миколаїв багато клієнтів після пройдених курсів фізичної реабілітації показують позитивні результати індивідуального фізичного розвитку. Після закінчення курсу фізичної реабілітації клієнт отримує індивідуальний алгоритм фізичного розвитку від команди фахівців. За допомогою родичів і близьких людей підтримують свою фізичну форму на рівні який дає їм можливість для самореалізації.

В Миколаївському Центрі є дуже позитивні приклади використання алгоритмів фізичної реабілітації протягом усього життя. Багато дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату завдяки розвитку фізичного стану отримали освіту, знайшли себе у професійній й трудовій діяльності. Кілька наших випускників знайшли себе у параолімпійському спорті.

Так кілька дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату клієнтів Центру після завершення реабілітації вийшли у доросле життя та досягли яскравих результатів.

Наприклад: Кілька років тому Дмитро (дитина з ДЦП) закінчив відвідування центру, який був для нього другим домом, де йому майже десять років допомагали подолати порушення функцій опорно-рухового апарату. Реабілітологи розробили ефективний алгоритм фізичного розвитку. Команда реабітологів, Дмитро та його родина активно працювали над поліпшенням фізичного стану хлопця. У важкому процесі реабілітування були задіяні майже всі засоби фізичної реабілітації – комплекси АФК, лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія, механотерапія, ортезування, медична терапія тощо.

На сьогодні Дмитро доросла людина, нажаль з інвалідністю, має закінчену загальну освіту; закінчив Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів за спеціальністю оператор комп'ютерного набору. Активно займається спортом – загальна фізична підготовка, плавання, пауерліфтінг для осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Дмитро та його родина не зупинились на цих досягненнях. Родина Дмитра у соціальних мережах веде освітні, публіцистичні блоги про успіхи свого чемпіона «ДЦП НЕ ПРИГОВОР Полович Дмитрій» [5]. Зараз Дмитро постійно готується для участі у міжнародних спортивних змаганнях, а головна мета Дмитра Половича – Параолімпійські ігри [6,7].

Список використаних джерел:

1. Бавольська О.В., Бажмін В.Б. Адаптивна фізична культура в центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів. – Миколаїв, 2017. – 112 с.
2. Бажмін В.Б., Бавольська О.В. Практичні поради вчителям, асистентам дітей з особливими освітніми потребами щодо проведення фізкультхвилинок в початкових класах з інклюзивною формою навчання – Миколаїв: «Літопис», 2017 – 38 с.
3. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: монографія. – К.: МП "Леся", 2009. – 484 с.
4. https://www.instagram.com/polovich_dmitriy/
5. <https://youtu.be/htRvkWrRWHU>
6. www.youtube.com/channel/UCDU5adv4ow53Y25_GV7EsWA/videos

Березіна Олена,

кандидат психологічних наук,
науковий кореспондент інституту
психології ім. Г.С. Костюка,
психолог ТЦСО Шевченківського р-ну
(м. Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ В ПЕРІОД ТРЕТЬОГО ВІКУ

Старіння людини, як індивіда, є складним процесом і пов'язане з кількісними змінами і якісною перебудовою біологічних структур організму, включаючи новоутворення. У період адаптації до нових умов відбувається активізація й розвиток пристосувальних функцій систем організму, з метою збереженості його життєдіяльності й подолання деструктивних процесів старіння. Отже, пізню дорослість можна вважати новим етапом розвитку, у якому проявляються специфічні дії загальних законів онтогенезу.

На нашу думку, стратегія вибору старіння залежить не тільки від психологічних особливостей особистості або від соціальної складової життя індивіда, але й від комплексного впливу всіх чинників на процес старіння. Тобто, в процесі старіння, в остаточному підсумку, визначається можливостями задоволення потреб, що виникають у зв'язку зі змінами, які відбуваються в пізньому віці і якістю їх задоволення. Відсутність готовності до старіння негативно впливає на адаптаційні механізми особистості, сприяючи виникненню криз пізнього віку [3].

Соціальна адаптація літніх людей полягає в освоєнні ними ролей, які відповідають зміненню соціального статусу у зв'язку з виходом на пенсію. В адаптації виділяється два компоненти: соціальний (що представляє нормативні моделі поведінки) і особистісний (що містить діяльність індивіда, пов'язану з виконанням цих ролей). При цьому норми й вимоги, які пред'являють до осіб певного віку оточуючі, змінюються відповідно до очікувань останніх. Однак зміни зазнає і саме коло певних ролей, які у свою чергу співвідносяться з даним віком і соціальним статусом. У період стабільності статусу індивіда, як правило, очікування відповідають результатам діяльності, тобто людина перебуває в стані психосоціального балансу (адаптивності). У випадку зміни статусу можливе виникнення дезадаптації. Зміна в процесі життя соціальних ролей вимагає адаптації й певної підготовки.

Так можна виділити періоди старості, що ґрунтуються на соціальній ситуації розвитку, провідній діяльності й особистісних новоутвореннях наприклад за Н.С. Пряжнікова, до них належать:

1. Ставлення до свого минулого: прийняття, схвалення свого минулого життя, гордість за прожите життя; неприйняття власного життя (пасивний варіант – смиренність із невдачею, активний варіант – прагнення конструктивного використання часу, який залишився); прийняття свого дійсного життя при бажанні прожити нове життя.

2. Ставлення до сьогодення: прийняття норм поведінки, характерних у даному суспільстві для літніх людей; часткове прийняття існуючих норм поведінки, побудова свого життя всупереч або на додаток до існуючих норм (укладення нерівного шлюбу, захоплення чимось, нетрадиційним для осіб пізнього віку й ін.); істотний відхід від норм життєдіяльності, що властивий людям похилого віку.

3. Ставлення до передбачуваного майбутнього: планування подальшого життя (всупереч смерті); прагнення втілення себе в інших людях, наукових працях, мемуарах або творах мистецтва; підготовка до смерті.

4. Ставлення до пам'яті про себе після смерті: віра в безсмертя душі (на підставі релігійних уявлень, власних позицій світогляду). [4].

Коротку типологізацію осіб похилого віку запропонувала Г.Абрамова:

1. Особи, що бажають вийти на пенсію й активно готуються до початку нового життя (освоюють нову спеціальність або одержують необхідну інформацію);

2. Особи, що бояться виходу на пенсію й намагаються продовжити трудову діяльність (страх непотрібності);

3. Особи, що байдуже ставляться до виходу на пенсію (відсутність інтересу до життя) [1].

Таке байдуже ставлення до життя по суті є егоїстичною стагнацією – замиканням в межах площини минулого життя, коли значимість здобувають тільки фізичні відчуття й зміни власного організму.

У період геронтогенезу посилюється чинність закону гетерохронії, що виражається в тривалому збереженні і, часом, поліпшенні роботи одних систем організму з рівнобіжним наростанням інволюційних процесів в інших системах. Даний феномен пояснюється значущістю цих систем у життєво важливих процесах організму. Кожна людина має резерв розвитку впродовж всього життя, який необхідно використовувати, щоб встигнути реалізувати свій потенціал і не залишати справи не закінченими. Б.Г. Ананьєв підкреслював, що в старості, поряд з інволюційними процесами, існують чинники, які протистоять старінню [2].

Процеси соціального, біологічного й психологічного старіння, безумовно, перебувають у тісному взаємозв'язку один з одним. Фізичні зміни, що відбуваються в організмі людини, впливають на її психічну діяльність. Американські неврологи, психотерапевти D. Dannefer, M. Perlmutter представили модель, що поєднує поняття соціального, біологічного й психологічного старіння. На думку авторів, інволюційний процес можливо розглядати у руслі фізичного онтогенезу (біологічне старіння), зовнішнього середовища (реакція на умови навколишнього світу) і когнітивних утворень (свідома обробка інформації про себе й про навколишній світ). На основі злиття цих трьох чинників і формується процес старіння [5].

Нашою метою було створити механізми стимулювання змістовної діяльності осіб похилого віку з метою побудови ними нового життєвого укладу, пошуку нових шляхів включення в суспільство. При цьому варто орієнтуватись на їх особистісні інтереси, освоєння нових соціальних ролей, особливу актуалізацію прагнення бути корисними і потрібними людям.

Більш низький рівень розв'язування задач з дивергентного мислення в осіб похилого і старечого віку, є наслідком загального зниження інтелекту, але у творчих людей інтелектуальні вікові розбіжності незначні або взагалі відсутні. Також у творчості дивергентне мислення не є головним, і з віком замінюється кристалізованим інтелектом. Накопичені протягом життя знання виконують компенсаторну роль, у зв'язку із чим деякі сфери інтелектуальної діяльності осіб похилого віку виявляються практично не зачепленими регресивними змінами. Порушення сенсорного функціонування, що відображає негативні зміни сфери відчуттів і сприйняття впливають на перебудову когнітивних функцій особистості в період пізньої дорослості, оскільки дефіцитарність у даних сферах утруднює процес навчання й запам'ятовування через перекрученість суб'єктом інформації, що сприймається або внаслідок її блокування.

У молодому віці інтелектуальна діяльність індивіда направляється переважно на засвоєння й обробку нової інформації, що припускає рішення різноманітних завдань. У похилому віці успішність та якість виконання завдань залежить не від швидкості, а від

використання досвіду, накопиченого протягом життя. Чим багатіший і різноманітніший засвоєний особистістю досвід, чим більше інтенсивна її інтелектуальна діяльність у процесі життя, тим більше високими показниками будуть відзначені рішення завдань у періоді пізньої дорослості.

Однією з актуальних проблем літніх людей є успішна адаптація до сучасних умов життя, оволодіння і використання ними сучасних технологій. Університети "Третього віку", як раз спрямовані на реалізацію соціальної суб'єктності літньої людини, що в цілому сприяє збільшенню тривалості її активного життя.

В університеті "Третього віку" виділяється різноманіття освітніх пропозицій для осіб пізньої дорослості. Вони проходять інформальне навчання (організоване і структуроване, але не мають документальної форми про закінчення установи). В університеті можна навчатися не один рік, а стільки, скільки людина вважає за потрібне. Спільне навчання, встановлення нових стосунків та підвищення соціальної й фізичної активності допомагає поліпшити здоров'я, зробити більш позитивним життєвий настрій і продовжити насичене життя.

Процес навчання дає можливість сформувати культуру освіти літніх людей, культуру активності й прийняття себе в реальному віці, з одного боку, і створити позитивне ставлення до літніх людей в суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Абрамова Г. О. Пожилом возрасте : учебное пособие по психологии старости. Для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы / Г. Абрамова. – Самара : Изд. Дом БАХРАХ-М. – 2004. – 736 с.
2. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды: В 2т./ Б. Г. Ананьев – М.: Педагогика, 1980. — Т. 1.– С. 186–193
3. Березіна О.О. Готовність особистості в період геронтогенезу до заключного етапу вітального циклу / О.О. Березіна // Актуальні проблеми психології. Том V: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія / за ред. С. Д. Максименка. – К. : ІВЦ Держкомстату України, 2006. – Вип. 5. – С. 24–31.
4. Пряжников Н. С. Личностное самоопределение в преклонном возрасте: учебное пособие по психологии старости. Для факультетов: психологи Дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
5. Dannefer D. and Perlmutter M. // Development as a multidimensional pro-cess: Individual and social constituents. Human Development, 33, 1990. – P. 108–137.

УДК 616.211

Бєсєда Володимир,
докторант,
НПУ ім. М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

ПОСТАВА ЯК ТІЛЕСНИЙ ПРОЯВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ

Кількість дітей з вираженими ознаками психоемоційного розладу, поведінки, недорозвитку мовлення, а також з порушеннями фізичного розвитку неухильно зростає. Вчені констатують, що сьогодні 75-80% дітей народжуються з ознаками функціональної незрілості ЦНС або органічного ураження мозку [6]. При цьому порушення саме психофізичного розвитку займає провідні позиції, де більшу частину відхилень у фізичному розвитку складають

пошкодження кістково-м'язової і зв'язково-сухожильної систем у дітей, що згодом сприяє появі порушень оптимального рухового стереотипу [4]. На тлі цього захворювання опорно-рухового апарату традиційно займають одне з перших місць в структурі патології дітей раннього та дошкільного віку. За даними науковців різні форми порушень постави, як прояви порушень рухового стереотипу, зустрічаються частіше, ніж інші відхилення. Так, згідно з даними досліджень, порушення постави різних видів відзначається сьогодні у 63 % обстежених школярів, а починаються вони ще з дошкільного віку [2]. У дітей дошкільного віку поширеність порушень постави складає 70-80% [3].

Аналіз літературних джерел і особисті спостереження дозволили констатувати, що однією з провідних причин порушень постави у дітей є психосоматичні відхилення, де викривлення в м'язово-фасціальній системі та скелету, викликані наявністю в житті дитини значних негативних психогенних факторів (частіше – в сім'ї).

Більшість захворювань беруть початок саме в ранньому дитинстві. При цьому скарги дитини, на які батьки не звертають уваги, можуть згодом трансформуватися в важке захворювання. Батьки і соціум впливають на психічне здоров'я дитини, приводячи до захворювань і розладів, що з'являються при безпосередньому або непрямому впливі емоційної напруги. Особливо небезпечні повторні затяжні негативні емоції, так як вони можуть викликати патологічні стани – неврози, психопатії, захворювання внутрішніх органів, порушення діяльності опорно-м'язового апарату [1]. В даному випадку природним є відображення внутрішніх проблем у вигляді тілесних психологічних проявів, де постава – це основна поза, яка виражає психоемоційний стан дитини і представляє певний вид психосоматичних розладів.

Психосоматичний блок порушень постави проявляється в станах наявності хронічного або минулого стресового впливу на дитину і носить психогенний характер. Основу даного напрямку становлять дослідження, пов'язані з психічним неблагополуччям в сім'ї. По суті, мова тіла має символічне значення, які продукують підсвідомію кінестетичні образи. Образний компонент психоемоційного стану, виражений в позі або рухах, є відображенням відносин дитини з батьками та іншими членами сім'ї. Віднайдені кінестетичні образи є підсвідомими, шикуючись певним чином в процесі життя дитини [7]. Особлива роль, при цьому, відводиться негативним впливам сварок і нерозуміння в родині. Так, наприклад, виникнення сколіотичних деформацій пов'язують з розбіжностями між батьками в процесі виховання дітей.

Щодо постави слід зазначити, що постава або поза, що формує поставу в подальшому житті, безпосередньо впливає на психофізіологічні показники дитини і, в той же час, стан психіки може відобразитися на його поставі.

Говорячи про симптоми психосоматичних розладів, в першу чергу необхідно перерахувати симптоми тілесні, що є на фізіологічному рівні наслідком реакції напруги, а на психологічному – тривоги і фрустрації. При цьому В. Ікскуль вказує, що психосоматичні порушення внутрішніх органів є неадаптивними проявами стресової готовності [7]:

- больові відчуття пов'язані з м'язовою напругою;
- вони (психосоматичні порушення внутрішніх органів) поєднуються з підвищеною больовою чутливістю (гіперстезією);
- деякі психосоматичні скарги мають змішаний, регресійний характер, що поєднує в собі і фізіологічні, і психологічні чинники;
- фізіологічно це виражається в поверненні нервової системи в «дитячий» стан, психологічно – відтворення на несвідомому рівні раннього дитячого досвіду [7].

Психосоматичні розлади являють собою не що інше, як **інтенсивні тілесні прояви психологічних проблем**, які зазвичай існують протягом тривалого часу. Відповідно специфіка

цих розладів лише частково визначається конкретним діагнозом, тобто нозологічною приналежністю. Крім того, різні психосоматичні симптоми доцільно розглядати не в рамках окремих захворювань (нозоцентричний підхід), а у вигляді окремих соматичних проявів (симптомоцентричний підхід) [7].

Прояви психосоматичних розладів, що мають частково образно-символічне значення («мова тіла»), є також дією захисно-компенсаторних механізмів, способом протиставлення підсвідомих фрагментів психіки придушення з боку свідомої цензури. Тим самим подібні конверсійні і дисоціативні механізми психосоматичних порушень відображають внутрішню двоїстість, суперечливість людської психіки. У клінічній психології існує навіть точка зору, що будь-яке хронічне соматичне (неінфекційне) захворювання починається з епізоду **особистісної дисоціації**, хоча б короткочасного [7]. Іншими словами, спочатку виникає (або загострюється) внутрішній конфлікт або протистояння свідомої і несвідомої частини особистості, який проявляється в їх дисоціації, а потім він знаходить вихід (розрядку психологічної напруги) в прояві психосоматичних символів [7].

На думку М. Сандомирського, захворювання хребта відображають «пасивну роздратованість» життєвої ситуації і внаслідок цих переживань дитина як би відчуває фізичний тиск життєвих обставин [7].

З плином часу стереотипи що повторюються в рухах і pozaх тіла, доповнюються умовно-рефлекторними зв'язками, і, як результат набувають певної функціональної автономії, а після сприяють виробленню індивідуальної постави. При цьому недостатність або надмірність вегетативного забезпечення у зв'язку із гіпо- або гіперфункцією вегетативної нервової системи вдруге порушує поведінку людини і перш за все в ситуації психічної напруги [1].

Залежно від етіології психосоматика при патології хребта може бути виражена таким чином:

- шийний відділ несе голову людини, тому положення людської голови філогенетично встановилося з його прямоходінням. Установки голови, при яких самоствердження перестає бути егосінтонним і / або вимагає постійної додаткової вольової напруги з впертими спробами досягти одного разу поставленої мети;

- грудний відділ відображає настрій людини. Печаль, відчай, втрата мужності змушують людину зігнути, вони характеризуються перекосом корпусу тіла, виникненням болісної м'язової напруги;

- поперековий відділ. Болі в поперековому відділі можуть також бути виразом фрустрації, які пов'язані з нереалізованими очікуваннями, зверненими до міжособистісних відносин, що впливають з цього станом незадоволеності [5].

Резюмуючи вищесказане, можна прийти до висновку, що формування постави у дітей безпосередньо пов'язане з взаємодіями і відносинами в першу чергу в соціумі, де відносини в родині відіграють першорядну роль. Так, гордовитість передбачає формування шийного гіперлордозу; прихованість, печаль, відчай можуть сприяти виникненню сутулості; наявність важких життєвих труднощів сприяє розвитку проблем на рівні попереку; відсутність гармонії дитячо-батьківських відносин у сім'ях провокують появу сколіозу.

У подальших дослідженнях передбачається розробити алгоритм комплексного діагностування постави і стато-моторних проявів у дітей даної вікової групи з урахуванням їх психосоматичного стану для підвищення ефективності профілактики і корекції порушень постави.

Список використаних джерел:

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. 320 с.
2. Валецька Р. О. Педіатрія: підручник. Луцьк: Волинь. кн., 2007. 234 с.
3. Глоба О. П. Регіональне реабілітаційне середовище як фактор соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями: монографія. Краматорськ: ДДМА, 2011. 348с.
4. Клиническое руководство по кинезиологическому тейпированию / под ред. М. С. Касаткина, Е. Е. Ачкасова. Москва, 2017. 336 с.
5. Литвинова Н. Ю. Основы психосоматики: учеб. пособие: В 2 ч. Ч. 2. Владимир: Изд-во Владим. гос. ун-та, 2009. 108 с.
6. Реабілітація інвалідів в Україні (Збірник нормативно-правових документів відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні») / Упорядники Н. Скрипка, В. Масленнікова та ін. Київ, 2007. 178 с.
7. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. М: Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.

УДК 376 – 056.29:159.922.76

Білик-Шиманко Олена,

магістрантка I року навчання за спеціальністю

053 Психологія (спеціальна, клінічна),

факультет спеціальної та інклюзивної освіти,

Національний педагогічний університет імені
М.П.Драгоманова

Керівник: **Афузова Ганна**, доцент кафедри
спеціальної психології та медицини

(Київ, Україна)

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

Емоційна сфера особистості – складне багаторівневе і багатокомпонентне утворення, що включає емоції, почуття, переживання і виявляється в станах і відношеннях людини. Емоційна сфера дитини – одна з базових передумов її загального психічного розвитку, ядро становлення особистості, один з фундаментальних внутрішніх чинників, що визначають психічне здоров'я дитини. Розширення емоційного досвіду на ранніх етапах онтогенезу, його глибина і модальність значною мірою визначають спрямованість особистості на шляху її розвитку [5].

Діти з церебральним паралічем – це особлива категорія дітей, у яких відмічається складна структура порушення, що включає в себе рухові, психічні та мовленнєві розлади різного ступеня вираженості [6]. Дослідження вітчизняних психологів свідчать, що дітей з церебральним паралічем характеризує уповільнений і нерівномірний темп психічного розвитку з диспропорційністю у формуванні окремих психічних функцій, що дає підставу говорити про своєрідну дізонтогенію психічного розвитку церебрально-органічного генезу, до основних варіантів якого відносять і специфічну затримку психічного розвитку, при якій має місце поєднання наведених вище порушень зі стійко обмеженим запасом знань і уявлень про довкілля і специфічними особливостями розумової діяльності, що зумовлюють уповільнене засвоєння

нового матеріалу. При цьому основними синдромами у дітей з церебральним паралічем є церебрастенічний (з вираженими порушеннями розумової працездатності), синдроми локальних порушень окремих вищих психічних функцій, порушення в розвитку емоційно-вольової сфери [4, с. 108]. Крім межових психічних розладів, при ДЦП часто має місце і формування патологічних властивостей особистості за дефіцитарним типом, коли на грубу органічну патологію неминуче нашаровується вплив соціальних чинників, обумовлених інвалідизацією дітей, які здійснюють психотравмуючий вплив, наприклад, переживання недобррозичливого ставлення однолітків, надмірної негативної уваги оточуючих; явища госпіталізму, обумовлені тривалим перебуванням у медико-реабілітаційних закладах і санаторіях в ізоляції від суспільства і однолітків; виховання у неповній сім'ї, неправильне виховання по типу гіперопіки, що призводить до формування егоцентричності, розпещеності, сором'язливості, емоційної незрілості тощо [4, с. 109].

У сучасній науковій літературі, присвяченій проблемам спеціальної освіти та спеціальної психології, окреслюється коло питань, які висвітлюють особливості емоційного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (наукові доробки Є. Кириченко, В. Кротенко, В. Лебединського, В. Іпполітової, О. Мастюкової, В. Іпатової, О. Крижко, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Романенко, Л. Шипіциної та ін.). Так, В. Кротенко і В. Стеценко відзначають, що вже з немовлячого віку у дітей з ДЦП простежуються особливості психоемоційного розвитку: «крик є маловиразним, чітких інтонацій не простежується; комплекс пожвавлення, позитивні реакції на матір або слабко виражені, або взагалі відсутні. Натомість переважають негативні емоційні реакції – плач, переляк ...» [2, с. 185]. Пізніше порушення емоційно-вольової сфери у таких дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості (що часто поєднується зі зниженням критики, афективними реакціями та реакціями протесту і не сприяє соціальній адаптації дитини), підвищеної чутливості до звичайних подразників довкілля, схильності до коливань настрою. Підвищена емоційна лабільність поєднується з інертністю емоційних реакцій [2].

На сьогодні залежно від клінічної форми ДЦП і супутніх резидуально-органічних межових розладів можна передбачити специфічні особливості емоційного реагування при дитячому церебральному паралічі, які найчастіше превалюють в дошкільному та ранньому шкільному віці, але можуть відзначатися і протягом всього життя. Так, за наявності церебрастенічного синдрому у дітей з ДЦП відзначається взаємозв'язок церебрастенічних проявів і емоційних реакцій з руховою патологією, що відбивається на стані м'язового тонусу [4]. При спастичній диплегії відзначається переважно астено-адинамічний варіант церебрастенічного синдрому, що на фоні астенізації з боку емоційної сфери виявляється у підвищеній вразливості до найменших змін в оточенні у поєднанні із погіршенням настрою; немотивованому плачі, підвищеній образливості, «афекті неадекватності» у вигляді пасивного протесту на ситуацію неуспішності тощо.

При геміпаретичній і гіперкінетичній формах ДЦП частіше спостерігається астено-гіпердинамічний варіант церебрастенічного синдрому. При цьому, виснажуючись, діти стають неспокійними, метушливими, запальними, схильними до прояву немотивованої агресії. Для них характерні різкі перепади настрою: вони то надмірно веселі, то раптом починають вередувати, здаються втомленими і роздратованими [1, 4].

Неврозоподібний синдром при ДЦП також має свою специфіку в залежності від форми захворювання. Так, при спастичній диплегії найчастіше визначається його фобічний варіант у вигляді різних страхів. Фобії зазвичай пов'язані з руховою недостатністю (превалюють страхи падіння, пересування, вулиці, висоти), не піддаються переконанню, і діти, навіть оволодівши

навичкою ходьби, часто можуть пересуватися, тільки якщо їх хтось страхує, що ускладнює розвиток автоматизації локомоторною функції [1, 4]. Діти з гіперкінезами, не дивлячись на часті падіння і удари, рухово розгальмовані, імпульсивні, ейфорійні, при геміпаретичній формі найчастіше відзначаються неврози у вигляді заїкання, енурезу [1, 4].

У дітей з гіперкінетичною формою ДЦП найчастіше спостерігається істероформний варіант неврозоподібного синдрому. Істероформні невротичні розлади при цьому можуть виникати без жодного приводу, без прагнення привернути до себе увагу (як це має місце при істеричних реакціях у нейротипових дітей), як правило, при перевтомі, в кінці дня або тижня, що визначає необхідність підбору адекватного навантаження при проведенні реабілітації. Клінічно реакції проявляються у вигляді афективно-моторних або афективно-вегетативних нападів, з криками, вигинанням тулуба, посиленням гіперкінезів, тонічних рефлексів, звуженням свідомості (труднощами залучення уваги), часто з переходом у насильницький плач [1, 4].

Психопатоподібний синдром у дітей з ДЦП виражений у вигляді психічної нестійкості і підвищеної емоційної збудливості (імпульсивно-епілептоїдний, істеро-збудливий) з розладом потягів [1, 4]. При цьому з боку емоційної сфери і емоційного реагування будуть спостерігатися дратівливість і нетерпимість до інших, нетерплячість і інстинктивність в емоційно значущих ситуаціях, негативні емоції у відповідь на критику, конфліктність, агресивність або демонстративне ігнорування під час з'ясування стосунків. Також можливі фіксація на негативних емоціях (злопам'ятність), нав'язливість, жадібність, невдоволеність усім, заздрість, іпохондричність, схильність скаржитися тощо.

Оскільки розвиток емоційної сфери при ДЦП обумовлений, з одного боку, специфікою неврологічного захворювання, а з іншого – явищами соціальної і психологічної депривації, при побудові системи корекційно-розвиткових і соціально-реабілітаційних впливів слід брати до уваги такі основні принципи: єдність діагностики і корекції, ранній початок і комплексний характер впливів (з поєднаною корекцією рухових, сенсорних, когнітивних і психічних порушень), організація роботи в рамках провідної діяльності з урахуванням вікових особливостей і індивідуальних можливостей дитини, логічно-послідовний принцип, особистісно-орієнтований підхід, принцип динамічного спостереження в процесі розвитку дитини, єдність корекційної роботи з дитиною та її оточенням (сім'єю, соціумом) [1, 3, 4, 6].

Список використаних джерел:

1. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев: Вища школа. 1987. 269 с.
2. Кротенко В. І., Стеценко В. Л. Розвиток емоційно-вольової сфери як умова становлення цілісної особистості дитини з ДЦП. *Практична психологія в інклюзивному середовищі*: матеріали I Всеукраїнської наукової інтернет-конференції, м. Переяслав-Хмельницький, 21 лют. 2019 р. Переяслав-Хмельницький: Видавець Я. М. Домбровська., 2019. С. 183-188.
3. Немкова С. А., Маслова О. И., Заваденко Н. Н., Каркашадзе Г. А. Особенности диагностики и реабилитации когнитивных расстройств у детей с церебральным параличом. *Детская и подростковая реабилитация*. 2012; 1. С. 14-16.
4. Немкова С.А., Маслова О.И., Каркашадзе Г.А., Мамедъяров А.М. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом. *Педиатрическая фармакология*. 2013;10(2). С. 107-126. <https://doi.org/10.15690/pf.v10i2.652>.

5. Психология развития и возрастная психология : учебник и практикум для прикладного бакалавриата / под общей редакцией Л. А. Головей. 2-е изд., испр. Москва : Издательство Юрайт, 2018. 413 с.
6. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Москва: Дидактика Плюс, 2001. 272 с.

УДК 159. 922. 76 – 056. 264 – 053. 4

Бондаренко Катерина,
студентка групи 411 со
КЗ «Харківська гуманітарно-
педагогічна академія» ХОР
Науковий керівник: Тельна О.А.
к.п.н., доцент кафедри корекційної
освіти та спеціальної психології
КЗ «Харківська гуманітарно-
педагогічна академія» ХОР

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗНМ ІІІ РІВНЯ

Як відомо, спілкування є обов'язковою і невід'ємною умовою формування особистості, завдяки йому відбувається процес поступової соціалізації маленької людини, її особистісне становлення та розвиток. Уся система взаємин людини із іншими реалізується в спілкуванні. Необхідність у ньому є однією із базових потреб людини [1].

За умови наявності в дитини загального недорозвитку мовлення (ЗНМ) спостерігаються різні складні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що відносяться до звукової і смислової сторін [4]. Водночас, одним із найважливіших показників готовності дітей до шкільного навчання є рівень сформованості у них зв'язного мовлення [3]. Саме в цьому є актуальність проблеми виявлення особливостей зв'язного мовлення у дітей із ЗНМ для побудови більш ефективної корекційної роботи.

Проблема розвитку зв'язного мовлення у дітей із ЗНМ знайшла своє відображення в роботах В. П. Глухова, Т. Б. Філіцьової, Л. Н. Ефименко, Т.А. Ткаченко, Н. С. Жукової, Л.С. Волкової, Г. В. Чіркиної, Т.Б. Мастюкової та багатьох інших учених, проте необхідність удосконалення методик логопедичної корекції зв'язного мовлення устарілих дошкільників із ЗНМ і досі залишається актуальною.

Ученими доведено, що у дітей дошкільного віку із ЗНМ формування форм спілкування відбувається з запізненням, наявні стійкі труднощі у взаємозв'язку і взаємодії з оточуючими. У них не формується, характерне для віку, розуміння емоцій, станів, відносин і відношень, а також дій оточуючих та самих себе [7, с.37-41].

Як зазначає Т. Б. Філіцьова в усному мовленнєвому спілкуванні діти із загальним недорозвиненням мовлення ІІІ рівня намагаються "обходити" важкі для них слова та висловлювання. Досить рідко діти бувають ініціаторами спілкування, вони не звертаються з запитаннями до дорослих, ігрові ситуації не супроводжують розповіддю. Розгорнуті смислові висловлювання дітей із ЗНМ ІІІ рівня вирізняються відсутністю чіткості, послідовності викладу, уривчастістю, акцентом на зовнішні, поверхневі враження, а не на причинно-наслідкові взаємовідносини дійових осіб [8].

Учені довели, що в дошкільному віці відбувається відділення вимови від безпосереднього практичного досвіду. Головною особливістю є виникнення планувальної функції мовлення. Воно набуває форми монологічного, контекстного. Діти освоюють різні типи зв'язного висловлювання (опис, розповідь, міркування) з опорою на наочний матеріал і без нього. Отже, бачимо, що на сучасному етапі розвитку логопедії як науки гостро стоїть питання про підвищення ефективності корекційно-розвивальних методик та оптимізацію на цій основі усієї системи логопедичної роботи з дітьми із порушенням мовлення, із ЗНМ III рівня у тому числі, бо науковим підґрунтям логопедичної діагностики є гуманістична психологія з позиції якої організація корекційного процесу передбачає реалізацію особистісно орієнтованого підходу [5].

Завданням етапу здійснення корекції з дітьми із ЗНМ III рівня є проведення послідовної та цілеспрямованої корекційної роботи з використанням різноманітних вправ, спрямованих на формування зв'язного мовлення у дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ III рівня.

У роботі з розвитку монологічного мовлення дітей старшого дошкільного віку важливо створювати такі ситуації, в яких вони б відчували, усвідомлювали користь від своїх розповідей, переказів, адже монолог часто складається дітьми без достатнього мотивування; діти не зацікавлені роботою, у них відсутній стимул (дитина складає розповідь, переказ тому, що цього вимагає вихователь) [1]. Також цей процес рідко відбувається сам собою і без будь-яких ускладнень, тому успішне оволодіння монологічним мовленням у старшому дошкільному віці передбачає цілеспрямоване навчання, формування певних навичок побудови зв'язних висловлювань. Для цього педагогам необхідно дотримуватися дидактичних принципів і використовувати комплекс особисто і розвивально зорієнтованих методів та прийомів стимулювання та формування різних видів зв'язного мовлення [8].

Важливими прийомами стимулювання монологу у дітей є записи їхніх розповідей, придуманих казок, виготовлення «книжок» розповідей, пропонування розповісти щось своїм батькам, молодшим дітям, обговорення й оцінка дитячих розповідей, визначення кращих з них тощо [6]. Також, для того, щоб навчити дітей розповідати, на заняттях педагоги використовують різні методи: опис предметів або картинок у дидактичних іграх, розповіді за картиною, переказування художніх творів, розповіді з власного досвіду, придумування закінчення оповідання чи казки, розповідь на тему, запропоновану вихователем [2].

Необхідно сказати, що під час проведення всіх запланованих корекційно-логопедичних занять, потрібно чітко дотримувалися правил техніки безпеки та охорони здоров'я і життєдіяльності дітей дошкільного віку, чинних у ЗДО. Зокрема, всі використовувані на заняттях матеріали мають бути екологічними, також не містять токсичних речовин, належать до переліку дозволених матеріалів і речовин, затвердженого Міністерством освіти й науки України та чинними вимогами до охорони життя та праці в дошкільному освітньому закладі [9]. Перед початком ігор із піском, водою та роздатковим матеріалом невеликого розміру потрібно нагадувати дітям правила безпечного поводження з сипучими речовинами, рідинами та дрібними предметами [9]. Під час перебігу гри не залишати дітей без педагогічного нагляду та уважно слідкували за тим, аби досліджувані не опинились у ситуаціях навмисного чи ненавмисного травматизму, не зашкодили собі та іншим дітям.

Підсумовуючи те, що викладено вище, потрібно зазначити, що успішне оволодіння діалогічним мовленням у дітей старшого дошкільного віку є цілеспрямоване навчання, також формування певних навичок і умінь побудови зв'язних висловлювань. Саме для цього педагогам необхідно дотримуватися дидактичних принципів також використовувати комплекс розвивально і особисто зорієнтованих прийомів та методів стимулювання та формування різних видів зв'язного мовлення, також звертати увагу на те, щоб психоемоційний клімат у дитячому

колективі був сприятливим для розвитку товариськості, толерантності та всебічного розвитку особистості всіх дошкільників. Також, педагоги мусять звертати увагу і на психоемоційний стан у групі і слідкувати за тим, щоб дошкільникам було комфортно у спілкуванні одне з однимі на заняттях, щоб у колективі серед дітей не було ознак булінгу.

Список використаних джерел:

1. Алтунина И. Р. Мотивы и мотивация социального поведения детей (формирование и развитие). Москва, 2006.
2. Богуш А.М. Мовленнєвий компонент дошкільної освіти. Вид.4-те, доопр.і доп. Харків: Ранок, 2007. 176с.
3. Богуш А. М., Гавриш Н. В. Дошкільна лінгводидактика: Теорія і методика навчання дітей рідної мови в дошкільних навчальних закладах . Підручник / За ред. А. М. Богуш. Друге видання, доповнене. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2011.– 704 с.
4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия: основы теории и практики. Москва: Эксмо, 2011.288с.
5. Про дошкільну освіту. Закон України. Редакція від 16.07.2019, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001, № 49, ст.259. URL: <https://zakon.help/law/2628-III> (дата звернення: 18.09.2019)
6. Смирнова Є.І. Сучасний дошкільник: особливості ігрової діяльності. Дошкільне виховання, 2002. № 4. С. 70 – 74
7. Филичева Т. Б. Комплексный подход к обследованию детей с общим недоразвитием речи. Специальное образование, 2012. №1. С.139 – 150.
8. Филичева Т. Б., Туманова Т. В. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. Москва: «ГНОМ», 2007. 238 с.
9. Яковенко Л.В. Абетка безпеки дошкільників. Методичні матеріали для розробки занять. Харків: Вид-во «Ранок», 2009. 208 с.

УДК 159. 929: 316. 624. 3

Бугайова Наталія,

доктор PhD, кандидат психологічних наук,
провідний науковий співробітник
старший науковий співробітник (медичний психолог)

Інституту психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук
України,
Україна, м. Київ

ВІД МІЖВИДОВОЇ АГРЕСІЇ В ТВАРИННОМУ СВІТІ ДО ВНУТРІШНЬОВИДОВОЇ БОРОТЬБИ В ЛЮДСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ: МОБІНГ, БУЛІНГ, КІБЕРБУЛІНГ

Мобінг в тваринному світі являє собою захисну поведінку, що дозволяє проведення спільної атаки на потенційного хижака з метою його нейтралізації [9], залучення до нього уваги для виключення раптової атаки з його боку, а також організовані прояви міжвидової агресії відіграють важливу роль в груповому полюванні. Міжвидовий мобінг відіграє найважливішу роль у виживанні виду, оскільки дозволяє не тільки захищати молодняк, а й навчає його ідентифікувати хижаків. Доказом цього, служать дані, згідно з якими при реінтродукції (штучному заселенні диких тварин на територію, що вони раніше займали і з якої вони, з якихось причин, зникли) тварини не можуть прижитися в колишньому для їх виду природному середовищі існування через те, що у популяції відсутні знання про те, як ідентифікувати місцевих хижаків [5].

Британський еволюційний біолог Вільям Дональд Гамільтон ввів поняття "ефекту розбавлення", яке полягає в тому, що об'єднуючись, представники одного виду збільшують шанси на розмноження і виживання своєї популяції. По суті, в зграї, що об'єднана спільним нападом на хижака, ризик стати одинокою жертвою для кожної окремої особини суттєво зменшується [7].

На думку інших дослідників, участь в мобінгу піддає особину ризику, при цьому демонстрація агресивних якостей відбувається до підвищення статусу особини в зграї, завдяки чому вона стає найкращою для потенційних партнерів і збільшує шанси на передачу свого генетичного матеріалу при спарюванні [6].

За допомогою внутрішньовидової агресії в тваринному світі вибудовується ієрархія, визначається і закріплюється система влади і підпорядкування. Подібне відбувається і в мікросоціальних групах у людей. Існує таке поняття як хейзінг, що представляє собою неформальні, нестатутні відносини в колективі і може включати насильницькі ритуальні обряди принизливого характеру при вступі в групу які спрямовані на підтримку в співтоваристві суворої ієрархії і підпорядкування лідеру. Хейзінг більш характерний для закритих або відносно закритих груп в армії, військових навчальних закладах, спортивних інтернатах, гуртожитках і таке інше. Австрійський вчений зоолог, зоопсихолог, один з основоположників етології Конрад Лоренц, який проводив дослідження явищ агресії в тваринному світі вважав, що метою міжвидового мобінгу в тваринному світі, крім навчання молодого потомства спільній груповій боротьбі з хижаками, також дає можливість завдати хижаків попереджувальний удар, щоб надалі він вважав за краще полювати на представників іншого виду. Конрад Лоренц у книзі «Про агресію» (1963) пояснював мобінг серед тварин і птахів наслідком роботи інстинктів у боротьбі за виживання і висловлював думку, що люди, також схильні до подібних вроджених імпульсів, проте на відміну від тварин вони здатні їх раціонально контролювати [8]. В даний час щодо агресії тварин більш коректним вважається визначення міжвидової і внутрішньовидової боротьби. У людському суспільстві мобінг є проявом не міжвидової, а внутрішньовидової боротьби і носить свідомий характер. У минулому для виживання людського виду міжвидова боротьба була виправданою, оскільки слід було захищатися від хижаків, боротися за виживання в складних погодних умовах, добувати їжу за допомогою полювання. В ході еволюційного розвитку в зв'язку з розширенням ареалу поширення, у людей з'явилася необхідність боротися за більш комфортні зони проживання і сусідні племена почали протистояти один одному, воювати з метою витіснення противника із займаної ним території і захоплювати полонених. По суті, агресія, що була колись спрямована зовні, стала все більш часто звертатися всередину людського суспільства. Це послужило виникненню внутрішньовидової агресивної поведінки по відношенню до представників свого виду, а в сучасних умовах до мобінгу і булінгу.

У сучасному соціумі прояв мобінгу і булінгу є наслідком боротьби за різного роду ресурси, привілеї, вигоди або блага.

З 19 січня 2019 року набув чинності закон про протидію булінгу № 2657-VIII. Кодексі України про адміністративні правопорушення містить Статтю 1734, згідно якої булінг (цькування), тобто діяння учасників освітнього процесу, які полягають у психологічному, фізичному, економічному, сексуальному насильстві, у тому числі із застосуванням засобів електронних комунікацій, що вчиняються стосовно малолітньої чи неповнолітньої особи або такою особою стосовно інших учасників освітнього процесу, внаслідок чого могла бути чи була заподіяна шкода психічному або фізичному здоров'ю потерпілого [3]. У булінгу завжди беруть участь три сторони: жертва, агресор і спостерігачі. Ініціатором може виступати одна людина, як правило, лідер, який може бути як успішним у багатьох відношеннях (наприклад, добре вчиться, бути з благополучної сім'ї), так і вкрай неуспішним. Агресор таким чином самостверджується,

завойовує або підтримує свій авторитет серед членів групи. Спостерігачі, найчастіше, мовчать, оскільки самі бояться опинитися в ролі жертви. Чим більше назови, тим менше людина відчуває свою особисту відповідальність за те, що відбувається. Підтримувати дії агресора схваленням означає для людини наблизитися до того, хто, на її думку, є беззаперечним лідером і тим самим, убезпечити себе від ролі жертви в майбутньому. На роль жертви найчастіше вибирають беззахисну дитину – фізично слабшого або молодшого віку. Причиною цькування можуть стати фізичні особливості зовнішності дитини або особливості мови, манера поведінки, успіхи або неуспішність в школі, зовнішній вигляд, відсутність достатку і сучасних атрибутів (мобільного телефону, планшету, ігрової приставки, кишенькових грошей). Щоб з дитини зробити жертву, буллери за допомогою наклепів і насмішок ізольовують її від тих, хто був раніше налаштований до неї дружньо. Жертви цькування не дають відсіч по ряду причин: через низьку самооцінку, наприклад внаслідок будь-яких фізичних дефектів, наявності психологічних і сімейних проблем, соціального неблагополуччя, через явну невідповідність власних можливостей силам агресора, через страх викликати ще більшу агресію або через моральні установки, що були закладені вихованням – битися погано. Жертвами можуть ставати легко збудливі діти з надмірним реагуванням на зовнішні подразники, тобто що володіють такими рисами характеру, які ускладнюють нормальне спілкування з однолітками. Булінг не можна порівнювати зі звичайним конфліктом, оскільки він має тривалий характер, коли жертва піддається регулярним психологічним і фізичним знущанням. До того ж жертва булінгу завжди слабкіше агресора. Бувають різні стадії булінгу. Коли дитину б'ють – це фізичний булінг, але йому завжди передують вербальний і невербальний. Бойкоти, образи, псування майна свідчать про те, що дитина піддається цькуванню. Якщо її ніхто не захищає, агресивне ставлення з боку однокласників може посилитися й перейти до наступної стадії – фізичного насильства. Саме беззахисність жертви є для буллерів одним з головних факторів цькування. Необхідно ретельно розібратися в проблемі агресивної атаки і з'ясувати причини негативного ставлення до дитини. Не слід ігнорувати проблему, оскільки можна упустити час і можливості для своєчасного вирішення ситуації, до того ж потрібно пам'ятати, що дитина наражається на небезпеку, оскільки стрес здатний викликати розвиток депресії і суїцидальної поведінки. Якщо дитину регулярно обзивають і псують її речі, потрібно звернутися до класного керівника і в дирекцію навчального закладу, щоб підключити їх до вирішення проблеми. Необхідно показати дитину шкільному або дитячому психологу для того, щоб допомогти їй впоратися зі стресом, з'ясувати, що є причиною цькування і провести необхідну психокорекцію. У будь-якому випадку адміністрація школи повинна забезпечити безпеку дитини і організувати заходи, спрямовані на нормалізацію психологічного клімату в колективі. Якщо всі спроби вирішити проблему успіху не принесли, а дитину продовжують цькувати, потрібно звертатися за допомогою до вищестоящих організацій, органів місцевого самоврядування та освіти, служби у справах дітей і в громадські організації. Якщо ж дитині були нанесені тілесні ушкодження, необхідно негайно писати заяву в поліцію, яку слід реєструвати і обов'язково залишати собі зареєстровану копію документу. У разі бездіяльності поліції необхідно звертатися в прокуратуру. Важливо розуміти, що в булінгу можуть брати участь не тільки діти, а й дорослі. Часом невдало кинута фраза або, здавалося б, невинний жарт з боку вчителя можуть спровокувати булінг по відношенню до дитини з боку однокласників. На булінг можуть наражатися вчителі з боку учнів, при цьому вчитель може одночасно зазнати горизонтальний мобінг з боку своїх колег або вертикальному мобінгу представників адміністрації.

Кібербулінг – одна з форм переслідування дітей і підлітків з використанням цифрових технологій. Кібербулінг можуть зазнавати діти, які відкидаються однокласниками або іншими дітьми. Іноді для цькування створюються цілі сайти, на яких розміщуються компрометуючі

матеріали про дитину, що переслідується. Психологічну травму дитині завдає регулярність атак, яка може досягати 24 годин на добу, складність фільтрації подібних повідомлень і неможливість контролю. А анонімність переслідувачів робить залякування особливо сильним. Кібербулінг може зазнати доросла людина або навіть організація. До агресивної поведінки у віртуальному просторі, також відносяться кіберпереслідування, кіберцькування та кібервбивство. До них належать: тролінг, RIP-тролінг, грифінг кібергрумінг, кібермобінг, кібербулінг, кіберсталкінг, кіберхарасмент, кібертероризм, асистований кіберсуїцид та кібервбивство, яке здійснюється за допомогою використання бездротового доступу до інтерфейсу через експлойти і втручання в роботу значущих систем та пристроїв, що знаходяться під дистанційним комп'ютерним управлінням.

Наслідками кіберагресії для жертви можуть бути: 1. Психологічні проблеми: виникнення страхів і фобій, панічних атак; розвиток психологічної нестабільності – невпевненості у собі, замкненості, відчуження, безпорадності; негативна зміна самооцінки; погіршення працездатності, порушення пам'яті та зниження концентрації уваги; підвищення вразливості, уразливості, стомлюваності, тривожності, дратівливості, нервозності, конфліктності; втрата мотивації; зниження самоконтролю; невмотивована агресія; розвиток дистресу та депресії аж до суїциду. 2. Соціальні проблеми: виникнення конфліктів у сім'ї, на місці роботи та навчання; порушення комунікативних зв'язків; вимушена зміна місця проживання через страх переслідування; втрата працездатності; втрата соціального статусу; розлади адаптації та соціальна ізоляція. 3. Проблеми зі здоров'ям: порушення роботи органів і систем організму; загострення хронічних захворювань, розвиток безсоння або постійна сонливість, поява нічних кошмарів; порушення апетиту; зниження імунітету; розвиток психічних розладів, психосоматичних, серцево-судинних та ендокринних захворювань [2]. Із-за особливостей віртуального середовища, кіберагресори не можуть адекватно оцінювати шкоду, заподіяну ними жертві через кіберпростір. У кіберпросторі, завдяки широким можливостям для комунікативної взаємодії та інтенсивних інформаційних потоків, виникає переважання соціальними контактами, що тягне за собою знецінення цих контактів і стирання межі, яка відокремлює образ реальної людини від його віртуального аватара. Таким чином зловмисник сприймає взаємодію з віртуальним співрозмовником не як з особистістю, що належить живій, реальній людині, яка має почуття і емоції, а як з цифровим клоном, що є породженням кіберсередовища, існуючого поза межами реальності.

Мобінг відрізняється від булінгу тим, що в булінгу цькування жертви здійснює лідер-агресор, при цьому присутні спостерігачі, які можуть брати участь в цькуванні, а можуть і не брати, в мобінгу відбувається цькування однієї людини всім колективом. Мобінг може бути горизонтальним (з боку колег) і вертикальним (з боку начальника до підлеглого або від співробітників по відношенню до нового керівника). Мобінг буває досить складно розпізнати, оскільки явні прояви можуть бути відсутніми. Жертві можуть повідомляти спотворену або свідомо неправдиву інформацію, негативно забарвлену або приховувати важливу інформацію, створювати ситуації, коли від вирішення людини, яка піддається цькуванню, нічого не залежить, з людиною співробітники обмежують спілкування формальними рамками, не цікавляться її життям, можуть поширювати чутки і плітки, зло жартувати, не реагувати на прохання, формувати почуття провини і безвиході. Причиною мобінгу може бути неефективна політика управління персоналом, встановлення ієрархії за допомогою ослаблення соціального або професійного впливу співробітника, прагнення позбутися конкурента, професійна заздрість і бажання перешкоди кар'єрного зростання жертви або особиста неприязнь до неї.

01.03.2019 р. у Верховну Раду був поданий законопроект "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії мобінгу" зареєстрований у ВР за № 10118, згідно

якому КпАП пропонується доповнити ст. 173-5, де мобінг визначається як «діяння учасників трудових відносин, які полягають у психологічному, фізичному, економічному насильстві, у тому числі із застосуванням засобів електронних комунікацій, що вчиняються стосовно працівника, або ж самим працівником стосовно інших учасників трудових відносин з метою приниження їх людської гідності за певними ознаками, створення стосовно них напруженої, ворожої, образливої атмосфери та примушування учасника трудових відносин до зміни місця роботи» [4].

В Законі "Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні" планують визначити типові ознаки мобінгу: систематичність діяння, наявність сторін – кривдник, потерпілий (жертва мобінгу), спостерігачі (за наявності), а також дії або бездіяльність кривдника, наслідком яких є заподіяння психічної та/або фізичної шкоди, приниження, страх, тривога, підпорядкування потерпілого інтересам кривдника, та/або спричинення соціальної ізоляції потерпілого, примушування до зміни місця роботи. [4]. На жаль Закон Про протидію булінгу № 2657-VIII обмежує цькування як діяння учасників освітнього процесу, а законопроект "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії мобінгу" зареєстрований у ВР за № 10118 визначає мобінг як діяння учасників трудових відносин.

На наш погляд в умовах пандемії неможливо обійти таке питання, як ставлення до пацієнтів і родичів хворих з боку медичного персоналу в медичних установах, перепрофільованих під лікування COVID-19. Безумовно, велике число медичних працівників знаходиться на передовій боротьби з небезпечним коронавірусним захворюванням, позначається професійне вигорання, проте хворі опиняються в умовах фізичної, психологічної та інформаційної ізоляції. Медичний персонал знеособлений захисними костюмами, часом взагалі не вважає за потрібне слухати і чути прохання тяжкохворих пацієнтів, які просять про допомогу (наприклад, поміряти тиск, принести судно). При цьому літнім пацієнтам, хворим коронавірусом, постійно нагадують про їх вік, а їх родичам не хочуть відповідати на питання про стан здоров'я госпіталізованої близької людини, говорячи одні й ті ж фрази і постійно підкреслюючи похилий вік хворого і тільки на підставі цього даючи несприятливі прогнози. Подібне ставлення є проявом ейджизму і відвертого булінгу. На превеликий жаль серед лікарів, а також медичного персоналу середньої і молодшої ланки є ті, хто проявляють по відношенню до хворих байдужість, ігнорують їх потреби, тим самим викликаючи відчуття невпевненості, страху, паніки і розвиток ятрогенії. Таким чином, крім шкоди здоров'ю і психіці пацієнтів, спричинених коронавірусом, до цього ще додається важка психічна травма, що наноситься медичним персоналом, який ігнорує свої професійні обов'язки. Наслідки таких психологічних травм, здатні поставити під питання одужання пацієнтів, що хворіють на COVID-19 і привести до їх інвалідзації або смерті.

У цивілізованих країнах прощання родичів з вмираючими пацієнтами в реанімації проводиться по відео або аудіозв'язку. Це і є найвища форма гуманності в розвиненому людському суспільстві по відношенню до своїх громадян. На жаль, ми змушені констатувати той факт, що в Україні брати у відділення інтенсивної терапії засоби зв'язку пацієнтам категорично забороняють, тим самим позбавляючи їх не тільки законних прав на доступ до засобів зв'язку, а й необхідної психологічної підтримки близьких, а так само, не даючи можливості родичам пацієнтів попрощатися з близькою їм людиною, коли вона помирає. В результаті ті, хто не змогли попрощатися з родичем, що вмирає в реанімації, отримують глибоку психологічну травму, обтяжену почуттям провини і важкими думками про «жахи», які пережили їх близькі в реанімаційних відділеннях. Психологічно травмовані родичі померлих поповнюють ряди пацієнтів психіатрів, невропатологів і суїцидологів або, намагаючись впоратися з горем самотійно, втрачають своє здоров'я, починаючи зловживати спиртним, психоактивними речовинами або закінчують життя самогубством. Порушення співробітниками медичних установ принципів

біоетики [1] і деонтології неприпустимі і є не чим іншим, як проявом булінгу і мобінгу по відношенню до пацієнтів. На нашу думку, статті булінгу та мобінгу не слід обмежувати лише учасниками освітнього процесу та трудових відносин. Є ще сфери, де дія законів про відповідальність за булінг і мобінг буде виправданою і необхідною, наприклад система взаємовідносин медичних працівників з пацієнтами в ході лікувального процесу в умовах стаціонарного закладу.

Список використаних джерел :

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В. и др. Основы биоэтики и биобезопасности. (Под редакцией профессора В.А. Абрамова). Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Донецк. 2013.
2. Бугайова Н.М. Кримінальний психологічний вплив у злочинах проти особистості в кіберпросторі. / Сучасний стан криміналістичного забезпечення досудового розслідування: збірник матеріалів конференції. / Київ. ННІ№2 НАВС. – К.: ННІ №2 Національної академії внутрішніх справ, 2017.– 476 с.– С.75-79.
3. Кодекс України про адміністративні правопорушення. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text>
4. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії мобінгу. Проект Закону України, Карта проходження проекту від 01.03.2019 № 10118 (Статус: Одержаний ВР України). Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/JH7T200i?an=3>
5. Andrea S.; Griffin. Training Captive-Bred or Translocated Animals to Avoid Predators (англ.) // Conservation Biology (англ.)русск. : journal. – Wiley-Blackwell, 2000. – October (vol. 14, no. 5). – P. 1317-1326. – doi:10.1046/j.1523-1739.2000.99326.x.
6. Arnold, K. E. Group Mobbing Behaviour and Nest Defence in a Cooperatively Breeding Australian Bird (англ.) // Ethology : journal. – 2000. – Vol. 106, no. 5. –P. 385-393. – doi:10.1046/j.1439-0310.2000.00545.x.
7. Hamilton, W. D. Geometry for the selfish herd (англ.) // Journal of Theoretical Biology (англ.)русск. : journal. – 1971. – Vol. 31, no. 2. – P. 295-311. – doi:10.1016/0022-5193(71)90189-5
8. Konrad Lorenz. Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. Taschenbuch Verlag München, 1963.
9. Wallace J.; Dominey. Mobbing in Colonially Nesting Fishes, Especially the Bluegill, *Lepomis macrochirus* (англ.) // *Copeia* (англ.)русск. : journal. – American Society of Ichthyologists and Herpetologists (англ.)русск., 1983. – Vol. 1983, no. 4. – P. 1086-1088. – doi:10.2307/1445113.

УДК 615.851:616.896

Бураго Ганна,

магістр міжнародного права, магістр медичної психології, президент ГС «Асоціація іпотерапевтів України», керівник БО «Іпотерапевтичний центр «Спірит»

ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД СУЧАСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ.

Захворювання нервової системи займають ведуче місце в структурі дитячої інвалідності в Україні. Серед них 1/5 займають пацієнти які страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП). ДЦП - це термін який об'єднує групу непрогресуючих захворювань, які обумовлені ураженням мозку в перенатальному періоді, які проявляються в порушенні контролю над рухами і положенням тулуба.

Також дуже актуальною проблемою реабілітології і нейропедіатрії є Розлади аутистичного спектру (РАС). Які визначаються як гетерогенна група порушень розвитку нервової системи, які

мають різноманітну етіологію, але характеризуються загальними симптомами, пов'язаними з порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та поведінки (зокрема, стереотипність і обмеженість дій або інтересів).

На сьогоднішній день існує багато методів реабілітації дітей з ДЦП та РАС. Одним з актуальних і сучасних методів реабілітації, що з успіхом застосовується та поєднує вплив на фізичну і психоемоційну сферу дитину з тренінгом соціальних, комунікативних, когнітивних і мовних навичок є іпотерапія (реабілітація за допомогою коня).

Сьогодні вважається доказовим позитивний ефект впливу іпотерапії на м'язову силу і тонус, контроль голови, шиї, кінцівок, а також вирівнювання тулуба і підтримки пози у дітей з ДЦП (). Метод іпотерапії може застосовуватися як в комплексі так і як самостійний метод який впливає на Великі моторні функції і вирівнювання осанки. Про це свідчать дослідження деяких зарубіжних авторів і також дослідження які проводилися на базі БО «Іпотерапевтичний центр «Спіріт».

Іпотерапія на Україні є метод медико-соціальної реабілітації і входить до протоколів лікування дітей з ДЦП (адаптована клінічна настанова заснована на доказах «церебральний параліч та інші ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями, наказ МОЗ, №286 від 09.04.2013 р.)

Також іпотерапія корисна для дітей і не має побічних ефектів. Згідно з уніфікованим протоколом медичної допомоги реабілітації дітям з РАС (наказ МОЗ України від 15.06.2015 №341) не протипоказаний дітям з РАС та може використовуватися в комплексній реабілітації таких пацієнтів.

Іпотерапія включає фізичну реабілітацію, мовну терапію, ерготерапію (в т.ч. тренінг соціальних навичок і самоконтролю, мотиваційної сфери, гри, нових навичок), сенсорну інтеграцію. Іпотерапія впливає на підвищення самооцінки дитини, сприймається більш як задоволення, гра, мотивує дитину до занять. Взаємодія з великою твариною, дружня атмосфера занять, зацікавленість дитини створює атмосферу яка заряджає дитину енергією і стимулює до занять.

Протипоказання в іпотерапії встановлює лікар, дитячий невролог, педіатр індивідуально виходячи з стану пацієнта та потреби в даній реабілітації. Так абсолютними протипоказаннями для занять є алергія на коней, гемофілія, остеопороз, скаліози III - IV ступені, гострі періоди захворювань, спина Біфіда, подвивихи, або вивихи тазостегнового суглоба, надмірна вага - більше 80кг, захворювання в гострих стадіях. Відносні протипоказання встановлюється лікарям виходячи зі стану пацієнта.

При всіх позитивних впливах іпотерапії слід зазначити, що методика іпотерапії це не катання на конях, а спеціально розроблена програма, яка передбачає участь спеціалістів, навченого коня, лікарського контролю та наявності матеріально-технічної бази.

Одним з ведучих закладів з реабілітації іпотерапії на Україні, в місті Києві є Іпотерапевтичний центр «Спіріт». Реабілітацію за 11 років існування пройшло понад 5000 дітей з різними захворюваннями більшість з яких були діти з РАС та ДЦП.

За роки існування Центр зіткнувся з багатьма складними питаннями такими як нормативно-правове, кадрове, методичні, матеріально технічні. Подібні проблеми існують майже в усіх центрах іпотерапії на Україні.

Сучасна ситуація у вітчизняній іпотерапії характеризується значною недостатністю, практичною відсутністю її нормативно-правового, програмно- методичного та кадрового забезпечення, що суттєво знижує ефективність реабілітаційного процесу і створює ризики порушення прав дитини з інвалідністю на кваліфіковану реабілітаційну допомогу.

На вирішення цих проблемних питань, Іпотерапевтичний центр «Спіріт», ініціював створення Громадської спілки «Асоціація іпотерапевтів України», яка об'єднує спеціалістів і фахівців практикуючих та зацікавлених в розитку іпотерапії на Україні.

Діяльність Асоціації розпочалась у 2013 році.

Своїми задачами Асоціація ставить сприяння спеціалістам у сфері іпотерапії, розвиток професії – іпотерапевт, сприяння підвищенню кваліфікаційного рівня спеціалістів з іпотерапії шляхом проведення різноманітних навчальних програм, розробляє та затверджує правила, стандарти професійної поведінки.

Так з 2017 року Асоціація разом з Київським медичним університетом, НШ ім. Драгоманова проводить курси з підготовки спеціалістів з іпотерапії. Головна задача об'єднати знання з реабілітації, педагогіки, психології, медицини і кінної тематики, підготувати майбутніх спеціалістів для роботи в іпотерапії виходячи з правил, норм, досвіду якій існує з цього питання.

Асоціація з 2018 року увійшла до складу до HETI (The Federation of Horses in Education and Therapy international), яка налічує 54 країни світу. Постійна робота Асоціації і членство в міжнародній Федерації дозволяє сприяти розробки нормативно-правової, наукової бази, освітніх програм, тощо.

Головна задача Асоціації – прийняття та впровадження відповідних стандартів в галузі іпотерапії і закріпленні їх на законодавчому рівні. Це надасть змогу забезпечити грамотний підхід у застосуванні методу іпотерапії і як результат забезпечить дітей з інвалідністю якісною, ефективною реабілітацією в іпотерапії.

Список використаних джерел:

1. Atun-Einy O, Lotan M.A Systematic Review of Hippotherapy (horseback riding) for individuals with Autism is the Cognitive Level Considered;
2. Чуприков А.П., Хворова А.М. Расстройства спектра аутизма : медицинская и психолого - педагогическая помощь, 2-е изд, доп.,2012, Львов, Мс, 272с.
3. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Навчально-методичний посібник / За ред. Мартинюка В.Ю., Зінченко С.М. – К.: Інтермед, 2005. - 416 с.

УДК 376. 091. 64. 001. 76

Васильєв Андрій,

засновник Бріолайт, кандидат економічних наук,
доцент кафедри фінансів і кредиту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
м.Миколаїв, Україна;

Бавольська Оксана,

доктор філософії в галузі освіти,
старший викладач кафедри педагогіки, психології та менеджменту освіти
Миколаївський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти,
м.Миколаїв, Україна;

ІННОВАТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО ОБЛАДНАННЯ БРІОЛАЙТ В КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВІЙ РОБОТІ

Актуальність питання

Глобальні трансформації сьогодення проявляються через «діджиталізацію» світу та диктують нові вимоги до успішної особистості, окреслюючи характеристики та визначаючи компетентності, якими має володіти сучасна людина. Відповідно, створюються наукоємні

технології, які базуються на високотехнологічних платформах та відображають прогрес цивілізації суспільства.

Водночас, пришвидшення ритму життя не завжди позитивно впливає на гармонійне формування особистості, адже збільшення інтенсивності та об'єму інформації, який надходить до дитини, зменшує час на фізичну активність. Як наслідок – значний відсоток дітей, які мають розпочинати навчання у закладах освіти виявляють незрілість моторних навичок, відставання у фізичному розвитку. Дослідження даного феномену виявляють наявність безпосереднього зв'язку між моторною незрілістю дитини (незрілістю моторних навичок) та шкільною неуспішністю. Даний факт спонукає до пошуку та застосування дієвих методик, спрямованих на корекцію та розвиток моторної та пізнавальної сфер розвитку дітей.

Сучасні інтерактивні технології розширюють можливості корекційно-розвиткової роботи. Електронні ігрові методики умотивовують до занять, оскільки зорієнтовані на провідний вид діяльності дитини – гру. Засоби віртуальної та доповненої реальності стають невід'ємною складовою життя дитини: застосування спецефектів, 3D моделей, звуків, яскравих кольорів робить ці заняття більш цікавими, аніж суто традиційні підходи. А різноманітні способи управління іграми, а саме: положення тіла в просторі, жести верхніх і нижніх кінцівок, кистей рук та пальців, спрямування зіниць, властивості голосу підвищують ефективність корекційної роботи при різноманітних порушеннях розвитку.

Таким чином, з'являються передумови для розробки науково обґрунтованих та ефективних методик корекційно-розвиткової роботи, що базуються на використанні спеціалізованого обладнання та програмного забезпечення.

Виклад основного матеріалу

Про компанію та продукти. Українська компанія «Бріолайт» з 2007 року створює інтерактивне обладнання для освіти та реабілітації. Це унікальна компанія, яка має повний цикл виробництва в Україні: науково-методичні дослідження, програмування, виготовлення, монтаж та сервіс. Апробація електронних ігрових та навчальних методик здійснюється у провідних фахових закладах країни, серед яких: ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», ДЗ «Дитячий спеціалізований клінічний санаторій «Хаджибей» та інші. Налагоджене міжнародне наукове співробітництво з установами Німеччини та Ізраїлю. Унікальне програмне забезпечення постійно оновлюється та удосконалюється відповідно до рекомендацій науковців, фахівців експериментальних майданчиків та користувачів. Обладнання має сертифікати відповідності, висновки СЕЕ, свідоцтва МОН, сертифікат ISO на систему управління якістю.

Інтерактивні ефекти платформи Бріолайт умотивовують дітей з особливостями психофізичного розвитку до опанування новими рухами, вміннями, навичками – тобто збагаченню сенсорного досвіду. Усі вправи передбачають потужну сенсорну стимуляцію, що в свою чергу активізує зацікавленість та підвищує мотивацію дітей. Додатковим сенсорним стимулом платформи виступає музичний або вербальний супровід вправ. Використання інтерактивних ефектів в роботі з дітьми, які мають порушення психофізичного розвитку значно збільшує ефективність корекційно-розвиткової роботи, оскільки діти додатково вмотивовані, перебуваючи безпосередньо «всередині ефекту» і самостійно створюючи певну реальність.

Обладнання Бріолайт ефективно використовується для вирішення корекційно-розвиткових завдань в:

– школах, дитячих садках, інклюзивних центрах. Лінійка продуктів для цього сегменту сформована на основі більш складної лінійки для реабілітації та включає в себе: інтерактивні підлоги, інтерактивні проекційні пісочниці, інтерактивні панелі для дітей з діагоналлю 43 та 32

дьюми, а також логопедичні та інтерактивні дзеркала. Серійні продукти багато років працюють в понад 250 закладах по всій країні як у корекційно-лікувальному спрямуванні, так і з навчально-розвивальною метою.

– реабілітаційних установах для дітей та дорослих (Київський міський центр реабілітації дітей з інвалідністю, Дарницький дитячий будинок-інтернат та інші). Інтерактивні кімнати допомагають успішно вирішувати численні завдання та комплектуються відповідно профілю та запиту кожної окремої установи. При цьому лінійка обладнання є значно ширшою, а технічні характеристики та програмне забезпечення відрізняються від попереднього сегменту. Окрім висвітлених вище продуктів, в таких кімнатах можливе додаткове облаштування такими інструментами: інтерактивний контролер великої та дрібної моторики; інтерактивна стіна, гіроскоп, метроном, акустична корекційна система.

– університетах та коледжах (Херсонський державний університет, Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького та інші). Інтерактивне обладнання використовується як для університетських клінік, так і для інклюзивного навчання. Анатомічний стіл ефективно застосовується у підготовці медичних працівників.

– територіальних центрах соціального обслуговування.

Інтерактивне обладнання Бріолайт в корекційно-розвитковій роботі представлено, насамперед, трьома серійними продуктами:

Інтерактивна підлога являє собою велику підлогову проекцію, чутливу до рухів людини. Це сучасний інструмент, призначений для розвитку або відновлення рухової, інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. Заняття із застосуванням інтерактивної підлоги сприяють розвитку великої та дрібної моторики, різних видів праксису та загальної рухливості. Програмне забезпечення передбачає велику кількість вправ для розвитку пізнавальних процесів: сприймання, уваги, мислення, пам'яті. Інтерактивна підлога може використовуватись індивідуально і в малих групах; з дидактичною або розважальною метою; як самостійний інструмент або як частина загальної програми.

Інтерактивна пісочниця – прилад доповненої реальності, що створює проекцію на реальний пісок, чутливу до рухів людини. Інтерактивний ефект дає можливість власноруч створювати ландшафт, виконувати вправи корекційного спрямування, фантазувати. Це інноваційна технологія, яка розвиває предметне та символічне мислення, фантазію, координацію рухів, дрібну моторику, містить елементи сенсорно-тактильної терапії. Застосовується в психотерапії та психокорекції; як елемент арт-терапії показаний для релаксації. Інтерактивна пісочниця продуктивно застосовується в активній фазі всіх видів реабілітації. Комплекс може бути застосований при вивченні шкільних предметів (історія, географія, природознавство), сприяє загальному розвитку дітей.

Інтерактивна панель – це інтерактивний LCD екран на підлоговій стійці з колесами, що легко переміщується. Ідеально підходить для інтерактивного навчання та презентацій. Сприяє динамічному розвитку з урахуванням фізіологічних вікових особливостей. Ефект містить дидактичні ігри та вправи, що спрямовані на розвиток основних пізнавальних процесів, координації рухів, праксису та великої моторики. Інтерактивна панель допомагає у вирішенні завдань пізнавального та корекційного характеру. Підходить як для індивідуальних, так і для малогрупових занять. Модульна конструкція стійки Бріолайт дозволяє під'єднувати додаткове обладнання: контролери великої та дрібної моторики, балансвальні дошки, мікрофони та ноутбуки. У користувачів є можливість окрім програмного забезпечення Бріолайт встановлювати додатки з Google Play та інших ресурсів. Всі продукти мають передвстановлене унікальне програмне забезпечення, розроблене компанією. Спільний для всіх продуктів Бріолайт

інтерфейс є інновацією та допомагає швидко навчатись користувачам, що в свою чергу підвищує ефективність корекційно-розвиткової роботи.

Інноваційні властивості продуктів

Значний практичний досвід розробок програмного забезпечення дозволив створити ряд практично обумовлених інноваційних властивостей продуктів Бріолайт у напрямках: методичного наповнення, програмного забезпечення, апаратних особливостей та сервісу.

Зокрема, в сфері методичного наповнення створено інтерактивні ефекти, які містять як корекційний, так і навчальний компоненти, пристосовані для специфічних категорій, в тому числі для людей з важкими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Важливим методичним елементом компанії є корпоративна методична база знань, що містить результати багаторічної методичної роботи щодо використання в корекційно-розвитковій роботі інтерактивного обладнання. Базовим експериментальним майданчиком, який акумулював дані унікальної мережі інтерактивних інклюзивних осередків Миколаївської області, сформованих на базі продуктів Бріолайт, виступив Чорноморський національний університет ім. Петра Могили. Створена методична база дозволяє фахівцю, який працює з обладнанням компанії, ознайомитись із навчально-методичними матеріалами, опублікувати свій досвід та замовити нові інтерактивні вправи у виробника. Окремі результати методичної роботи опубліковано у вигляді наукових праць (Васильєв А.А., Норд Г.Л., Захарова Л. Г.).

В частині програмного забезпечення, впроваджено інноваційну функцію “Генератор корекційних занять”, яка дозволяє вибудовувати методично обґрунтований набір інтерактивних ефектів, відповідно корекційних потреб кожної конкретної дитини або групи. Інтерфейс програм адаптовано для зручного використання в роботі з дітьми з ООП. Зокрема, розроблено такі інноваційні функції:

- бібліотека ефектів з фільтрами для вибору інтерактивних ефектів за різними критеріями: призначенням, навчальними предметами, кількістю дітей;
- плейлист із можливістю багаторазово дублювати та налаштовувати ефекти з бібліотеки; формувати папки з групами ефектів (складність, швидкість, час гри, тощо);
- папки занять: можливість формувати власні папки з окремими наборами ефектів та налаштуваннями під певні групи дітей, або індивідуально під кожну дитину;
- налаштування рівнів складності кожного ефекту з незалежними налаштуваннями для швидкої та зручної адаптації ефектів під окрему дитину, тощо.

Щодо впровадження унікальних апаратних інновацій: створено «інтерактивні комбайни», що є засобом застосовувати кілька корекційних методик на одному робочому місці. Наприклад, поєднання інтерактивної панелі з контролером великої моторики, або інтерактивного логопедичного дзеркала із контролером дрібної моторики. Такі поєднання дозволяють суттєво підвищити ефективність занять.

Наступною інновацією є функція інтерактивної підлоги «Руки окремо від ніг». Це унікальна програмно-апаратна розробка Бріолайт, що дозволяє незалежно керувати окремими елементами інтерактивних ефектів руками, та, одночасно, іншими елементами, за допомогою ніг.

Варто зазначити, що інтерактивне обладнання, що виробляється компанією, увійшло до «Типового переліку спеціальних засобів корекції психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами, які навчаються в інклюзивних та спеціальних групах закладів дошкільної освіти».

Перспектива подальшої роботи запланована в наступних напрямках:

- поглиблення співпраці з установами, які використовують обладнання Бріолайт в контексті підвищення ефективності корекційно-розвиткової роботи;
- організація автоматизованого збору даних щодо використання інтерактивних ефектів при конкретних дисфункціях для науково-методичної роботи та наукових розвідок;
- формування доробку програмних продуктів для батьків з метою організації домашнього супроводу корекційних занять.

Список використаних джерел:

1. Бавольська О., Васильєв А. Корекція психофізичного розвитку дітей із особливими освітніми потребами засобами доповненої реальності інтерактивної платформи Briolight готується до друку («Вересень», МОШПО).
2. Бавольська О. Платформа Briolight як сучасний інструмент корекції психофізичного розвитку дитини / матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Науково-методичні засади формування освітнього простору закладу післядипломної освіти для підготовки педагогічних працівників до імплементації концепції реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти «Нова українська школа», МОШПО, 25 листопада 2020 р.
3. Васильєв А. А. Інтерактивні системи в соціальній реабілітації // Соціальна педіатрія та реабілітологія, № 8, 2016, С. 79-80.
4. Годдард Блайт Салли. Оценка нейромоторной готовности к обучению : диагност. тест уровня развития от ИНФП и школьная коррекционная программа / Салли Годдард Блайт ; ил. Лука Папп; пер. с англ. Н. О. Давыдовой. – М. : Линка-Пресс, 2017. – 96 с.: ил. – Доп. тит. л. англ. – ISBN 978-5-904347-70-3.
5. Захарова Л. Г. Технології використання інноваційного інтерактивного обладнання в корекційно-розвитковій діяльності в умовах інклюзивно-ресурсних центрів : методичні рекомендації для фахівців ІРЦ та установ з інклюзивною формою навчання / Л.Г.Захарова, Г. Л. Норд. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2020. – 108 с.

УДК 159. 922. 72./76 – 056. 29

Волинець Ірина,
кандидат педагогічних наук, доцент
Панченко Марина,
викладач, КЗ КОР
«Білоцерківський гуманітарно-педагогічний фаховий коледж»
м. Біла –Церква, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У психокорекційній педагогіці дослідженням проблеми психічного розвитку дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату займалися багато вітчизняних науковців (О. Мастюкова, М. Ейдінова, Є. Правдіна-Винарська, М. Смуґлін, К. Семенова). Вчені вказують на те, що психічний розвиток дитини нерозривно пов'язаний із її цілеспрямованою пізнавальною активністю, яка виявляється під час виконання навчального завдання.

Потрібно звертати особливу увагу на необхідність розвитку пізнавального інтересу в дітей із ДЦП. У педагогіці пізнавальну потребу розглядають як необхідну умову, основу навчально-виховного процесу, тобто «діяльність учня спонукається усвідомленим мотивом» [3, с. 107]. Провідним принципом виконання навчального завдання можна визначити урахування мотиваційно-пізнавального компонента у системі психолого-педагогічних засад, який є потребою в мотивації діяльності дитини, розвитку пізнавального інтересу учнів.

Для дітей із ДЦП характерним є раннє ураження мозкових систем та тотальне їх недорозвинення, де первинним дефектом виступає недорозвинення вищих форм мисленнєвої діяльності. Спостерігається також порушення сенсорно-перцептивних процесів, що проявляються недорозвиненням предметності та константності сприйняття та уповільненості розпізнавання предметів і труднощах узагальнення сенсорних сигналів [4].

Дослідження структурно-рівневої характеристики інтелекту показали, що в більшості хворих дитячим церебральним паралічем спостерігаються низькі оцінки при виконанні завдань з усіх субтестів шкал Векслера і низькі сумарні оцінки, що характеризують вербальний інтелект. У дітей з гемипаретичною формою церебрального параліча, що навчаються за масовою програмою, рівень оцінок завдань за цими шкалами був нижчий, ніж у здорових школярів. Якісна ж характеристика інтелектуальної недостатності більш значима, при якій підтверджується нерівномірність структури дефекту при затримці психічного розвитку в дітей із спастичною диплегією [2].

У дітей церебральним паралічем кожна з ушкоджених «ліній розвитку» (рухова, психічна, мовленнєва, соціальна) містить «лінії другого порядку». Наприклад, порушення мовленнєвого розвитку доцільно розділяти на суто мовленнєві та мовленнєво-рухові. Таким чином, за психолого-педагогічним прогнозом, діти з ДЦП складають неоднорідну групу, де спостерігаються різнорівневі, багатоваріантні специфічні поєднання порушень різних функціональних систем [4].

Характерним є те, що не існує тотожності між виразністю інтелектуальних та рухових порушень (незначні церебральні прояви можуть поєднуватись із тяжким недорозвитком окремих психічних функцій, тяжкі рухові порушення – з легкими інтелектуальними).

Слабкий контроль центральної нервової системи за функціонуванням опорно-рухового апарату призводить до нездатності зберігати положення тіла в просторі та виконувати рухи, що негативно впливає на формування пізнавального інтересу та різних видів пізнавальної діяльності. Пізнавальна діяльність є уповільненою, процес пізнання – вузьким і фрагментарним, що відображається у зниженні точності та достовірності суті сприйнятих фактів дійсності. Спостерігається виражена виснаженість інтелектуальної працездатності. Процес формування полісенсорного сприймання – раціональної взаємодії дотику з супроводом інших аналізаторних систем та з умовою включення механізмів уваги – корегує вищезазначені труднощі.

Навчальна діяльність цих дітей ускладнюється у зв'язку з несформованістю рухових навичок і умінь, недостатністю більш складних моторних функцій (зорово-моторна координація, просторовий аналіз і синтез, праксис). Дошкільники з церебральним паралічем відчують труднощі під час сприймання форм, співвідношення плоских та об'ємних величин (А. Добронравова, 1967).

С. Яковлева зазначає, що, не зважаючи на порушення психофізичного розвитку, у більшості дошкільників є збережені потенційні можливості розвитку вищих форм пізнавальної діяльності, що є суттєвим під час пізнання явищ навколишнього світу та у подальшому розвитку дитини через кінестетичні та сенсорні сприймання властивостей предметів [6].

Труднощі у конкретно-чуттєвому пізнанні світу, недостатній та запізнаний розвиток предметних дій зумовлюються недоліками у формуванні сенсорних функцій. Через недостатність слухового сприймання і недорозвинення загальної моторики порушуються процеси просторового розрізнення, що ускладнює просторові уявлення. У дітей затримується формування уявлень про ознаки навколишніх предметів, здатність до орієнтування в їх

взаємному розташуванні у просторі. Внаслідок цього уява дитини є обмеженою, а навколишній світ – менш диференційованим.

Особливостями дітей із ДЦП є те, що рівень самосвідомості є низьким, внутрішній вольовий контроль ослаблений, а всі пізнавальні процеси (сприймання, увага, пам'ять, уява, мислення) характеризуються недостатнім ступенем довільності.

Порушення слухового сприймання зумовлює те, що процес запам'ятовування отриманої інформації не завжди є правильним – спостерігається фрагментарність і нечіткість образів пам'яті внаслідок неможливості послідовного зорово-дотикового обстеження предмета. Як наслідок, порушуються навички читання, письма та рахунку.

Нааявність переважаючих астенічних станів у дитини з порушеннями рухових функцій спричиняє, своєю чергою, недорозвинення процесів аналізу просторових відносин, здатності до утворення послідовних рядів, конструктивного праксису. Зазначене призводить до дисгармонійного характеру психічної діяльності дитини.

Порушення інтелекту в дітей із ДЦП характеризується такими особливостями:

1) недостатність динамічної організації психічних функцій (порушення тону, стійкості та рухливості);

2) парціальна недостатність окремих коркових функцій (гнозис і праксис);

3) недостатня регулятивних процесів, що забезпечують програмування діяльності [1].

У разі затримки психічного розвитку структура порушення наближається до недостатньої сформованості вищих коркових функцій. Затримка психічного розвитку у дошкільників із ДЦП проявляється інертністю психічних процесів, сповільненістю включення і переключення під час виконання завдання, перцептивні порушення та недостатність концентрації уваги й здатності утримувати сприйнятий матеріал, а також нестійкість організаційної діяльності.

Цілеспрямована діяльність виступає чинником, що визначає результативність навчання дітей із церебральним паралічем. Якщо вище зазначена здатність виявиться несформованою, то дитина не матиме змоги співвідносити дидактичні дії з вимогами завдання, не розумітиме цілісної структури сукупності дій. Тому доцільним є виконання окремих рухових дій, що повинні закінчуватись імітацією початку нового елемента, що сполучений із пристосувальними та гностичними рухами.

Таким чином, за результатами вивчення наукових джерел та аналізу практичного досвіду можна визначити основні напрями формування пізнавальної активності дітей з церебральним паралічем:

– створення відповідного корекційно-розвиткового освітнього середовища, яке сприяє формуванню у дітей допитливості, пізнавального інтересу, ініціативи, творчого мислення, самостійності пізнання тощо; залученню дітей до різних форм дослідницької, пошукової діяльності;

– збагачення змісту специфічно дитячих форм навчальної діяльності (ігрової, зображувальної, рухової, практичної, діяльності спілкування); забезпечення особистісної активності дітей з ДЦП у навчально-пізнавальному процесі;

– підбір завдань для кожної дитини з урахуванням її пізнавальних можливостей;

– цілеспрямований розвиток сприймання як початкового етапу образного пізнання дійсності через включення різних аналізаторів для дослідження властивостей предмета;

– індивідуалізація взаємодії педагога з дітьми відповідно до рівнів пізнавальної активності.

Список використаних джерел:

1. Детский церебральный паралич как медико-социальная проблема. *Материалы 3-ей Всеукраинской научно-практической конференции по неврологии и психиатрии детского возраста*. Київ : Здоров'я, 2000. 250 с.
2. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 224 с.
3. Пидкасистый П. И. Самостоятельная познавательная деятельность школьников в обучении: теоретико-экспериментальное исследование. Москва : Педагогика, 1980. 240 с.
4. Шевцов А.Г., Хворова Г.М. Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. Вип. 23. С. 281-285.
5. Яковлева С. Д. Комплекс психологічної корекції вищих психічних функцій при дитячому церебральному паралічі. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна*. 2013. Вип. 23(3). С. 386-391.
6. Яковлева С. Д. Системний підхід до питань реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. Вип. 23. С. 421-424.

УДК 376:378-056.26

Володченко Жанна Михайлівна,

канд. пед. наук, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи
Ніжинського державного університету імені
Миколи Гоголя

Литовченко Анастасія Олегівна,

магістрантка I курсу кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи
Ніжинського державного університету імені
Миколи Гоголя

ШЛЯХИ ІНТЕГРАЦІЇ СТУДЕНТІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ В ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ВИЩОЇ ШКОЛИ

Забезпечення рівного доступу молоді з особливими потребами до освіти залежить, в першу чергу, від сформованості у суспільстві позитивної думки щодо доцільності організації інклюзивного навчання. Переломним моментом в житті молодої людини є вступ до вищого навчального закладу. це період, пов'язаний з адаптацією до нових умов навчання і життєдіяльності: це зміни провідних видів діяльності; взаємодія і стосунки у новому колективі; налагодження комунікаційних зв'язків; оволодіння технологіями навчання, а для студентів з особливими потребами, це проблеми, пов'язані з бар'єрами у пересуванні, спілкуванні, виконанні практичних, лабораторних завдань, складанні письмових іспитів тощо.

Заслугове на увагу реалізація системи дистанційного навчання для студентів, які мають особливі освітні потреби в Ніжинському університету імені Миколи Гоголя: розроблено Положення про дистанційне навчання у НДУ ім. Миколи Гоголя [4], згідно якого дистанційне навчання розглядається як «форма організації освітнього процесу у закладах освіти, яка забезпечує передачу та засвоєння знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності

людини, що відбувається при опосередкованій взаємодії віддалених один від одного учасників навчання у спеціалізованому середовищі, створеному на основі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій» [4, с.4]. Даним Положенням передбачено створення навчально-методичних комплексів дисциплін для дистанційної форми навчання студентів з порушеннями слуху, зору, з РАС на рівні кваліфікаційних вимог «бакалавр», «магістр» різних спеціальностей; організовано навчальний процес за кейс-технологіями; розроблено комп'ютерні програми, які враховують особливості сприймання та засвоєння інформації цією категорією студентів. В той же час, потрібно відмітити, що дистанційне навчання, незважаючи на всі його переваги, має ряд недоліків, до яких відносить: відсутність постійного контактного спілкування; емоційну сухість та інтелектуальну жорсткість процесу навчання; відсутність групового ефекту сприйняття матеріалу; відсутність оцінки індивідуальних характеристик у процесі контролю знань за допомогою комп'ютерних програм; негативний вплив на формування професійних якостей при використанні тільки комп'ютерних програм. У процесі реалізації дистанційного навчання студентів з інвалідністю відмічено і низку труднощів, зокрема: не відпрацьованість механізмів реалізації прав людей з інвалідністю на здобуття вищої освіти; не розробленість науково-методичної бази вищої освіти для осіб з інвалідністю; відсутність комп'ютерних програм, які б урахували особливості сприймання та засвоєння інформації цією категорією студентів[5].

Вагоме значення в освітньому процесі має контроль навчальних досягнень студентів. З метою підвищення ефективності навчальної діяльності студентів з інвалідністю доцільно, на нашу думку, адаптувати процедуру складання екзаменів з урахуванням особливих можливостей студентів. Зокрема, це може бути здійснено за рахунок збільшення часу на складання екзамену на 50%, надання послуг помічника з написання або читання, надання можливості користуватись під час екзамену комп'ютером, «розмовляючим» калькулятором, диктофоном, спеціальними програмами для комп'ютера тощо.

Створення інклюзивного освітнього середовища у вищій школі забезпечується різними шляхами: створення клубів за інтересами, у яких можуть брати участь студенти з інвалідністю; залучення студентів з особливими освітніми потребами до спільних виховних заходів[3]. Успішній інтеграції студентів з інвалідністю до середовища вищого навчального закладу сприяє створення позитивного психологічного мікроклімату в ньому. Це забезпечується доброзичливим, толерантним ставленням до таких студентів всього колективу (викладачів, студентів, адміністративного, допоміжного персоналу), визнанням їхньої рівноправності, без акцентування уваги на їх особливий статус. Цьому сприяють різноманітні тренінгові заняття з оптимізації стосунків між студентами з особливими потребами та нормо типовими студентами [5]. Зокрема, тренінг «Формування толерантності» полягає у формуванні в учасників тренінгу навичок прийняття й розуміння інших, вміння позитивно з ними взаємодіяти, толерантно спілкуватися. Даний тренінг передбачає використання такого методу роботи зі студентами, як вправа. Зокрема, вправи «Карта», «Мої очікування», «Що означає бути толерантним?» розкривають перед учасниками тренінгу сутність поняття «толерантність» як моделі взаємовідносин у суспільстві, історію виникнення даного поняття, необхідність прояву такої особистісної якості по відношенню до людей, які від нас відрізняються. Вправа «Толерантність» спрямована на формування у студентів цілісного уявлення про толерантну поведінку, здатності адекватно оцінювати власні поведінку та вчинки. У ході виконання вправ «Що означає бути толерантним?» та «Біла ворона» учасники тренінгу аналізують рівень сформованості у себе рис толерантної особистості та сформованість умінь розуміти психологічний стан людини, яка за певними ознаками відрізняється від решти. Вправа

«Товариський суд» має практичне спрямування і передбачає формування умінь вирішувати конфліктні ситуації за принципом толерантності.

Цикл тренінгових занять на тему «Різні можливості – рівні права». Інформування студентів щодо сутності поняття «інвалідність», «особа з обмеженими можливостями» здійснюється за допомогою вправ «Торбинка асоціацій», «Малюнок: дитина з інвалідністю і суспільство». Вправа «Переваги і недоліки інклюзивної освіти» забезпечує студентів теоретичними знаннями щодо сутності поняття «інклюзивна освіта», особливості її реалізації в сучасних закладах освіти. Вправи «Життя з хворобою» та «Перетворюємо проблему в цілі» сприяють формуванню у студентів умінь віднаходити реальні шляхи вирішення важких проблем, з якими стикаються особи з обмеженими можливостями. Основна мета заняття з елементами тренінгу «Я можу бути поруч» полягає в озброєнні студентів знаннями про особливості життя людей з інвалідністю, виробити етичне ставлення до цієї категорії суспільства. У ході даного заняття студенти повинні усвідомити, що люди з обмеженими можливостями мають право на спільне навчання з нормально розвиненими дітьми у різних закладах освіти, що у них також є здібності до різних видів діяльності. Такий вид діяльності дозволяє ознайомити студентів з унікальністю кожної людини, розвинути почуття відповідальності за своє та чуже життя, сприяти розвитку терпимості та вміння вбачати позитивні сторони іншої людини.

Вирішення проблеми інтегрування осіб з інвалідністю в освітнє середовище вищого навчального закладу може здійснюватися через: презентування на виставках творчих продуктів студентів (фото- і відео сюжетів, публікацій, виробів тощо) для популяризації успіхів студентів з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору ВНЗ; застосування ділових та рольових ігор; організацію силами студентської молоді благодійних акцій для дітей з особливими потребами у закладах освіти; активне запровадження у навчальному процесі форм консультування та інформування; проведення просвітницьких акцій з формування позитивного ставлення студентів до ідей інклюзивного навчання; збагачення освітнього процесу ВНЗ спільними творчими заходами «Барви душі», «Поважай того, хто поряд»; використання потенціалу спільних дозвіллевих форм діяльності. позиціонування історій успіху в навчанні «особливого» студента в інклюзивному освітньому просторі (зустрічі з людьми з інвалідністю, що досягли успіхів у професійній діяльності та житті; читання літератури, перегляд фільмів, роликів соціальної реклами з подальшим обговоренням на годинах куратора)[6].

На сьогодні науковці пропонують створення різного роду центрів супроводу студентів з інвалідністю (центр студентського тьюторства), що передбачає комплекс заходів щодо взаємодії з ними студентів з нормальним психофізичним розвитком, з метою сприяння їх інтеграції в освітнє середовище (адаптація до архітектурного середовища, тривалих навчальних занять, залучення до дозвіллевої діяльності) та розвиток студентської відповідальності та активності. Сучасні дослідники пропонують розглядати ряд функцій, що виконують студенти тьютори:

1. Орієнтувальна функція пов'язана із залученням студентів до сформованої системи традицій ЗВО, орієнтування у просторі ЗВО (допомога в орієнтації серед різних функціональних приміщень), адаптації до основних функціональних обов'язків (додаткові перерви, підбір спеціальної літератури, допомога в користуванні технічними засобами тощо), залучення в науково-дослідну, спортивно-оздоровчу та дозвіллеву діяльність.

2. Соціальна функція, пов'язана з наданням допомоги в розбудові соціальних відносин академічної групи в процесі спільного навчання і соціально-виховної роботи [2, с.37-38].

Під час взаємодії студент-тьютор повинен реалізувати наступні принципи: індивідуалізації, гнучкості, емпатії, безперервності, відкритості, діалогізації, толерантності. Такі

центри супроводу в освітньому середовищі (тьюторські центри) мають працювати на засадах індивідуальних та групових форм роботи. Індивідуальна тьюторська консультація - це обговорення планів щодо спільної діяльності тьютора і того, хто навчається. Групова тьюторська консультація повинна ґрунтуватися на засадах тьюторського супроводу індивідуальних освітніх програм для студентів зі схожими інтересами та потребами; в процесі реалізації якої студент-тьютор здійснює мотиваційну, комунікативну та рефлексивну діяльність [6, с.39].

Серед складових підтримки, які необхідні для студента з інвалідністю в умовах освітнього середовища можна виділити: формування трудових і соціальних навичок (необхідні для якісного виконання різних видів навчальної роботи згідно стандартів і вимог установи; підтримка та допомога щодо усвідомлення студентом з інвалідністю основних вимог змісту навчання; параметри якості та продуктивності (кількісних та якісних показників); допомога в інтерпретації інструкцій щодо навчання, проживання; підтримка в опануванні культури організації власної життєдіяльності; надання допомоги в комунікаціях з педагогами, адміністрацією, співробітниками закладу (створення каналів та способів спілкування з урахуванням порушень студента (порушення зору, слуху, мовлення тощо); допомога в комунікації під час знайомства, при налагодженні відносин у навчальному процесі, в опанування правил спілкування з одногрупниками).

Отже, процес інтеграції осіб з інвалідністю до освітнього середовища вищого навчального закладу є складним багатоплановим та багаторівневим процесом, результативність якого обумовлюється рядом внутрішніх та зовнішніх чинників: впровадження інтегрованого навчання, взаємодія основних складових процесу інтегрування; активна участь самих студентів з інвалідністю у процесі інтегрування; організація взаємодії суб'єктів педагогічного процесу в умовах сприятливого мікроклімату, що забезпечує взаєморозуміння, довіру, визнання і пошану кожної особистості.

Список використаних джерел:

1. Іванюк І. Я. Адаптація студентів з обмеженими можливостями в умовах інтегрованого навчання // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими проблемами : зб. наукових праць. – К. : Університет „Україна”, 2009. – №6 (8). – С. 24–32.
2. Качалова Т.В. Формування інклюзивної культури закладу вищої освіти. Наукові записки НДУ імені Миколи Гоголя: психолого-педагогічні науки. 2018. №3. С.35-44.
3. Міщик Л.І. Інклюзивна освіта як умова соціалізації дітей-інвалідів у процесі навчання. URL:http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe
4. Положення про дистанційне навчання у Ніжинському державному університеті імені Миколи Гоголя: URL: http://www.ndu.edu.ua/storage/2018/polozennia_DN.pdf
5. Теоретико-методологічні засади та технології інклюзії у ЗВО. Досвід університету "Україна" [Текст] : колект. монографія / [П. М. Таланчук та ін.] ; за наук.ред. д-ра техн. наук, проф. П. М. Таланчука ; ВНЗ "Відкрит. міжнар. ун-т розвитку людини "Україна". Київ : Ун-т "Україна", 2018. 480 с. Університет „Україна”, 2009. – №6 (8). – С. 24–32.
6. Чайковський М.Є. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з молоддю з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору: дис.канд.пед.наук: 13.00.05. Старобільськ, 2016. 570 с.

Глоба Олександр,
доктор пед. наук, професор
кафедри ортопедагогіки,
ортопсихології та реабілітології НПУ імені
М.П.Драгоманова,

КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ІНФОРМАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ РЕАБІЛІТОЛОГІЇ

Всі ми хочемо бути здоровими для того, щоб цим здоров'ям користуватися. Ми всі хочемо мати всередині себе щось, що забезпечить нам безболісне існування. Людина, в плані свого здоров'я, повинна бути самоосвідченою більше, ніж лікар (незалежно від рангу, ступеню та звання). Їй вкрай необхідні знання, сучасні інструменти для самоконтролю за станом здоров'я.

Поняття якості життя покладено в основу нової парадигми розуміння стану здоров'я та визначення ефективності методів його відновлення. Якість життя, пов'язану зі здоров'ям, можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного і соціального функціонування людини, засновану на її суб'єктивному сприйнятті. Дослідження якості життя можна вважати новим, надійним, високоінформативним, чутливим і економічним інструментом оцінки стану здоров'я, ефективності використання інноваційних організаційних, медичних і комплементарних методів терапії та реабілітування, функціонування системи збереження і профілактики здоров'я.

Квантові технології в системі надання корекційно-реабілітаційних послуг використовують той факт, що всі біологічні процеси, пов'язані з життєдіяльністю організму, мають своє унікальне представництво в структурі інформаційних електромагнітних полів, які розташовані як «всередині», так і «зовні» цього організму.

Наше тіло влаштовано таким чином, що воно кожен хвилину прагне до самовідновлення та регенерації. Кожна жива клітина є одночасно випромінювачем і приймачем електромагнітних хвиль певної частоти. Система управління в організмі залежить від того, яким чином живі клітини обмінюються цими хвильовими сигналами. Погіршення стану здоров'я – це порушення інформаційного електромагнітного обміну (спілкування, взаємодії) між клітинами.

Кожен орган в фізичному тілі випромінює певну вібрацію. Сигнали, які транслюються нашими фізичним, енергетичним, емоційним і ментальним тілами, утворюють єдиний сигнал - вібраційний підпис людини, унікальний для кожного з нас. Він транслюється зсередини в зовнішній світ і перетинається з вібраціями інших людей.

Завдяки біоелектретному стану певних субклітинних структур існує повільно нестійке сильне електричне поле, достатнє для впливу на перебіг біологічних процесів. Його можна розглядати як один з компонентів біофізичної основи життєдіяльності організму людини. Єдність біохімічних і біофізичних засад біологічних процесів на клітинному рівні дозволяє зробити висновок, що природний електретний стан біоструктур є загальнобіологічною властивістю і обумовлює генерацію сильного електричного поля організму людини, тварин і рослин.

Слово – це інформація. Починаючи з ранніх етапів, клітини сигналізують (повідомляють) сусіднім клітинам, нервовій, ендокринній, імунній та іншим системам про своє пошкодження. Аналіз цих сигналів, що передаються по інформаційних каналах організму, характеризуючи місце, ступінь і фазу пошкодження, вивчає сучасна наука «Інформодіагностика».

Якщо коротко описати, термінологічно визначити, що таке квантові інформаційні системи оздоровлення, то можна обмежитися лише п'ятьма іменниками: тестування, зв'язок, навігація, корекція, моніторинг. Якісна інформаційна навігація здоров'я людини - це дисципліна на стику генетики, нейропсихології, інформаційного та графічного дизайну, проектування.

Квантова технологія реабілітації базується на гармонійному союзі найдавніших народних звичаїв щодо зцілення з досягненнями сучасної, прогресивної науки. Вона з успіхом поєднує в собі медичні пізнання Сходу, які збиралися протягом тисяч років, з інноваційними дослідженнями квантової фізики. Головною концепцією квантових технологій є не зцілення в традиційному загальноприйнятому розумінні, а гармонізація, оптимізація системи відповідності взаємовідносин «природа і людина», спрямування особистих життєвих сил організму до самовидужання, впливаючи випромінюваннями (електромагнітними коливаннями) природного походження.

Методика інформаційно-хвильових та квантових технологій полягає в тому, що спочатку зчитується вся інформація про організм в частині електромагнітних випромінювань, а потім інформаційному полю організму пропонуються специфічні електромагнітні сигнали, що ґрунтуються на його власних випромінюваннях, які генеруються за допомогою технічних пристроїв. У підсумку, відновлюється порушений електромагнітний гомеостаз організму людини і нормалізуються функції різних систем і органів, організму в цілому, покращується якість життя.

Треба зазначити, що малі потужності енергетичного впливу, застосованого в системі, є абсолютно безпечними. Сутність методу полягає у виправленні (корекції) функціональної аномалії (інакше кажучи, інформації, пов'язаної з патологією), із метою відновлення стану інформаційно-енергетичної рівноваги, тобто здоров'я. Це пояснюється неінвазійною стимуляцією адаптаційних здібностей, прихованих в організмі, як на рівні клітини, так і всієї живої системи, яка допомагає швидко відновити імунітет і мобілізувати захисні механізми організму на активну протидію екзогенним та ендогенним факторам. Ефективність квантової технології пов'язана з її універсальністю. Її неагресивні і безболісні екологічні аспекти не утворюють медикаментозної та ментальної залежності.

В основу пропонованої нами моделі розвитку системи інформаційної медицини та комплементарної реабілітології, надання корекційно-реабілітаційних послуг (КРП) покладена європейська політика «Здоров'я», а саме: забезпечення комплексного підходу до зміцнення здоров'я, профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення ефективного контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, підвищення рівня благополуччя громадян, формування ефективної системи надання КРП, яка забезпечувала б загальне охоплення доступною та якісною, а відтак безпечною допомогою.

Формування зазначеної моделі потребує запровадження системи управління та безперервного покращення якості КРП, її адаптації до вимог нормативного регулювання ЄС. Соціальна програма «*Life without medicines*» - це програма створення в Україні та за її межами мережі центрів та консультаційних пунктів раннього виявлення та корекції порушень психофізичного стану у дітей і дорослих, профілактики захворювань і реабілітації, покращення рівня якості життя [2].

Зміцнення здоров'я - процес, що надає населенню можливість здійснювати контроль за станом свого здоров'я і факторами, що впливають на нього з метою підвищення рівня якості життя. Стратегія процесу зміцнення здоров'я і підвищення рівня якості життя використовує не тільки міждисциплінарні, але і міжсекторальні підходи, які поєднують в єдину систему людину і

його оточення, що забезпечує синтез персонального вибору і соціальної відповідальності в досягненні більш здорового і щасливого майбутнього.

Основою стратегії зміцнення здоров'я та підвищення рівня якості життя є навчання (передача інформації про інноваційні технології персонального і / або колективного здоров'я) і виховання (комплексна освітня, навчальна і виховна діяльність, спрямована на формування свідомого і відповідального поведінки людини з метою поліпшення, збереження і відновлення здоров'я і працездатності, формування гігієнічної культури, позитивних щодо здоров'я стилів життя).

Процес навчання і виховання формує знання, погляди, переконання, мотиви і поведінку людини по відношенню до власного здоров'я. Тому навчання і виховання, як планова діяльність, повинні постійно вдосконалювати технології для стимулювання індивідуальних і колективних дій, спрямованих на зміцнення і збереження здоров'я, активізацію захисних сил організму, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття і підвищення рівня якості життя.

Цінністю системи здоров'яформування та здоров'язбереження (далі система) є той факт, що її можна розглядати як інноваційну, адекватну універсальну технологію для профілактики і попередження захворювань, раннього виявлення змін психофізичного стану, усунення чинників ризику (низького рівня трудової активності, незадоволеності працею, пасивності, психоемоційної напруженості, невисокою соціальною активністю, низького культурного рівня, екологічної безграмотності, гіподинамії, нераціонального незбалансованого харчування, шкідливих звичок, напружених сімейних відносин, нездорового побуту, генетичного ризику та ін.).

Для формування системи необхідно впровадження заходів щодо:

1. Вдосконалення гігієнічної освіти і виховання населення (особливо дітей, підлітків та молоді) через обов'язкове впровадження відповідних освітніх програм в установи дошкільної, середньої та вищої освіти. В рамках зазначеного напрямку необхідно здійснювати навчання гігієнічним навичкам щодо дотримання правил гігієни і режиму праці / навчання і відпочинку, структури і якості харчування, рухового режиму, моніторингу та контролю за станом здоров'я, своєчасного звернення за кваліфікованою допомогою;

2. Створення ефективної методики по боротьбі зі шкідливими звичками (зловживання алкоголем, тютюнопаління, наркоманія та ін.);

3. Створення системи мотивування громадян щодо збереження здоров'я. Це повинно забезпечуватися шляхом популяризації укладу і стилю життя, що сприяє збереженню і зміцненню здоров'я громадян, формування моди на здоров'я особливо серед підростаючого покоління, впровадження системи моніторингу та контролю здорових громадян;

4. Створення системи мотивування роботодавців до участі в процесі зміцнення і збереження здоров'я працівників, стимулювання працюючих колективів до ведення здорового способу життя;

5. Профілактиці факторів ризику захворювань шляхом впровадження інноваційних технологій;

6. Створення системи мотивування керівників установ системи освіти до участі в процесі зміцнення і збереження здоров'я та формування здорового способу життя учнівської молоді;

7. Формування у населення ідеології необхідності зміцнення фізичного і духовного здоров'я.

Для формування системи треба вирішити наступні завдання:

- забезпечення міжвідомчої співпраці та функціонування координаційного механізму (включаючи організацію діяльності ресурсного центру);
 - розробка сучасних підходів і забезпечення умов для навчання фахівців, вдосконалення навчальних програм, розвиток інфраструктури наукових, освітніх установ;
 - організація шкіл здоров'я з основних факторів ризику.
- З метою забезпечення виконання завдань передбачена реалізація наступних заходів:
- створення механізмів міжвідомчої взаємодії;
 - забезпечення комплексних заходів, спрямованих на підвищення рівня знань населення про систему;
 - створення і реалізація міжвідомчих проєктів, спрямованих на формування системи оздоровлення населення, розвиток системи комплементарної медицини та реабілітології;
 - надання підтримки в організації раціонального харчування для дітей в загальноосвітніх установах,
 - організація системи профілактики через розвиток Центрів здоров'я, кабінетів профілактики, кабінетів здорової дитини;
 - забезпечення доступності знань населення про стан здоров'я, заходи щодо його зміцнення, запобігання захворюванням;
 - навчання населення методам контролю за власним здоров'ям і реалізацією персональних програм по його зміцненню;
 - розробка моделі та показників індивідуального і суспільного здоров'я, проектування системи моніторингу основних показників здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Башмакова Н. В. Привлекательность комплементарной медицины: психологические аспекты / Н.В.Башмакова и др.// Украинский гомеопатический ежегодник. Одесса, Украина - №5, 2002. - с.144
2. Глоба О.П. Комплементарна реабілітологія. Сучасні підходи в системі надання корекційно-реабілітаційних послуг / Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації. Збірник матеріалів УІ Всеукраїнської науково-методичної конференції: Херсон, ФОП Бояркін Д.М., 2016.
3. Sharma U. Complementary medicine today: practitioners and patients. London: Routledge, 1995.

УДК 376.825: 616.831 – 053. 5

Гноєвська Оксана,

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри логопедії та логопсихології

Національного педагогічного університету

імені М. П. Драгоманова,

завідувач лабораторії менеджменту освіти

ФОРМУВАННЯ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ II-III РІВНЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕДМЕТІВ ДОМАШНЬОГО ВЖИТКУ

З давніх часів рухи пальців рук були тісно пов'язані з мовленнєвою функцією, а саме розвиток рухової функції і мовлення у людини відбувався паралельно. Саме жести були першою формою спілкування первісних людей. Важлива роль надавалась рукам, які виступали первісним засобом спілкування, поєднуючись із вигуками та викриками, що становили основу первісного мовлення. З їх допомогою можна пригрозити пальцем, покликати когось кистю руки

чи помахати комусь рукою прощаючись. Згодом люди здійснювали руками складнішу роботу, тому рухи пальців рук у людини вдосконалювались як і мовлення загалом.

Можна простежити зв'язок між розвитком дрібної моторики та мовлення у дітей. Зокрема мовленнєва діяльність дітей дошкільного віку розвивається під впливом імпульсів, що надходять від пальців рук. Встановлено, що стан рухового аналізатора в цілому, а особливо рівень сформованості тонких рухів кистей та пальців рук обумовлює рівень розвитку вищих психічних функцій. Існує прямий зв'язок між сформованістю рухів пальців рук та розвитком мовлення. Через розвиток дрібної моторики відбувається стимуляція зон кори головного мозку, що відповідають за дрібні рухи. Відповідно рухи пальців здійснюють позитивний вплив на дозрівання центральної нервової системи та пришвидшують мовленнєвий розвиток особистості [6].

Відомі вчені В. Бехтерев, Л. Виготський, Л. Волкова, М. Кольцова, О. Мастюкова, Т. Філічева, Л. Фоміна, які вивчали психіку дитини та діяльність головного мозку відмічають, що розвиток дрібної моторики пальців рук безпосередньо позитивно впливає на формування мовленнєвих умінь [1, с.143-205].

Своєю чергою В. Бехтерев зазначав, що зв'язок рухів рук, особливо кисті і великого пальця та мовлення обумовлює позитивний вплив на розвиток дрібної моторики та мовлення. Анатомічна близькість сенсо-моторної та мовленнєвої зони сприяє функціональному і анатомічному дозріванню кіркових відділів моторного аналізатора і мовлення. Тобто у процесі інтенсивного розвитку дрібних м'язів кисті та пальців рук в дитини активізується діяльність відповідної ділянки кори головного мозку. А розвиток цього центру стимулює сусідні ділянки, зокрема центри мовлення. Одночасна мовленнєва активність дитини з ритмічними рухами пальців рук підвищує узгоджену діяльність моторного та смислового центрів мовлення, які знаходяться в лобній і скроневій частинах мозку. Пізніше, внаслідок вдосконалення мовлення дитини, інтенсивно розвивається мислення, оскільки обидва психічні процеси перебувають у тісному взаємозв'язку. Вправи для вдосконалення дрібної моторики рук сприяють активізації мислення, мовлення, а разом з ними – і всіх інших пізнавальних процесів [1, с. 143-205, 5].

Виходячи з того, що від рівня розвитку дрібної моторики безпосередньо залежить мовленнєвий розвиток, пальчикова гімнастика набуває особливого, корекційного значення. Як правило, у дітей разом із недостатністю артикуляційної моторики спостерігаються порушення тону, сили, точності рухів рук. Якщо своєчасно не здійснювати цілеспрямовану корекційну роботу з розвитку моторики за допомогою вправ для рук та пальців, фахівці відмічають вторинний недорозвиток складних диференційованих рухів. Розвиток тонких рухів пальців має вагоме значення тому, що впродовж всього подальшого життя дитині потрібно оволодіти точними, злагодженими рухами для здійснення побутових та навчальних дій.

З допомогою технології пальчикової гімнастики педагог може вирішити широке коло питань: стимулювати розвиток мовлення дитини з мовленнєвими порушеннями, підготувати руку до письма, сприяти розвитку уваги, пам'яті, сформувати просторові уявлення, розвивати емоційну сферу дитини тощо.

Оскільки пальчикова гімнастика передбачає навантаження на різні групи м'язів рук дитини, саме тому комплекс завдань, які спрямовані на розвиток навичок утримувати та переключатись з однієї пози на іншу, варто чергувати з напруженням та розслабленням м'язів верхніх кінцівок.

Загальноприйнято пальчикову гімнастику поділяти на три групи. До першої групи відносять вправи на тренування кистей рук, які достатньо прості, не потребують виконання тонких диференційованих рухів, розвивають моторні навички за наслідуванням, вчать

напружувати та розслабляти м'язи, швидко здійснювати переключення з одного руху на інший. До другої групи включено статичні вправи для пальців рук, які потребують більш точних рухів, удосконалюють отримані навички на більш високому рівні, розвивають вміння утримувати положення пальців протягом певного періоду часу. До третьої групи зараховано динамічні вправи для пальців рук, які розвивають точну координацію рухів, вчать згинати і розгинати пальці рук та протиставляти великий палець іншим [1, с. 10–15].

Історія існування пальчикових ігор налічує століття. Ці ігри досить прості, проводити їх можна в сім'ї, так і в дошкільних навчальних закладах. Вони відображають реальність навколишнього світу – предмети, тварин, людей, їхню діяльність, а також процеси і явища, які відбуваються у природі. Під час пальчикових ігор діти повторюють рухи дорослих, тим самим активізують моторику рук. У такий спосіб вправляється вміння керувати своїми рухами, покращується координація рухів кисті, розвивається вміння концентрувати увагу на одному виді діяльності, формується комунікативна компетентність [2, с. 13-64].

Тренування пальців рук сприяє інтенсивному мовленнєвому розвитку дитини, удосконаленню вміння узгоджувати мовлення та рухові дії, сприяє координації артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання. Коли діти запам'ятовують послідовності рухів здійснюється позитивний вплив на формування таких уявлень, як тактильно-рухових та просторових. Під час вимови віршованих рядків у дитини формуються темпо-ритмічні відчуття, удосконалюється слухова та мовленнєва увага та пам'ять.

Окрім того, діти навчаються правильно розподіляти увагу та концентрувати її. При цьому в них формуються навички самоконтролю, старанність, наполегливість, зростає впевненість в собі та власних силах, вміння долати труднощі, що дуже важливо для дітей, які мають вади мовлення.

Технологія пальчикової гімнастики сприяє удосконаленню мовленнєвих умінь, розвитку лексичної та граматичної сторони мовлення, монологічного та діалогічного мовлення. Дитина активно залучається до мовленнєвого спілкування, розвивається зв'язне мовлення, вміння вести діалог, розповідати, переказувати тощо. Віршований текст сприяє вихованню у дитини любові до поезії, чуття рідної мови та почуття ритму.

Загальновідомо, що пальчикова гімнастика здійснює позитивний вплив на весь організм дитини загалом, покращується самопочуття та збільшується активна діяльність мозку через стимуляцію біологічно активних точок на долоні та пальцях. Вдало підібраний комплекс вправ дозволяє зняти напруження у м'язах рук, розслабити весь організм, в одному випадку, а в іншому, навпаки, активізувати та напружити м'язи кисті рук.

В сучасній логопедії й логоритміці зокрема, поширеним є використання різноманітних пальчикових ігор. Їх суть полягає у показі будь-яких римованих віршів, історій, казок тощо, за допомогою активних і цілеспрямованих рухів пальців рук.

Пальчикові ігри – це показ будь-яких римованих віршів, історій, казок за допомогою пальців. Таким чином можна навіть розмовляти з дітьми та один з одним. Пальчикові ігри доцільно починати з найпростіших вправ таких, як «Посолимо їжу» (зібрати пальці ведучої руки та імітація дії), «Пташка» (пташки – пальчики клюють зернятка), «Почистимо дзьобики» (великим пальцем діти ретельно з усіх сторін «обчищають» кожен палець ведучої руки). Потім можна переходити до складніших ігор [4].

Кожен комплекс вправ складається з п'яти вправ та одного вірша. Спочатку з дітьми розучують вправи, а потім повторюють вірш. Далі, слухаючи вірш, діти відтворюють відповідні рухи пальцями. Всі вправи спочатку варто виконувати в повільному темпі, від трьох до п'яти разів спочатку однією, а потім другою рукою, а на закінчення – обома разом. В процесі

виконання вправ потрібно слідкувати за правильним положенням кисті руки дитини і точністю переходу від одного руху до іншого.

Ефективність вправ досягається лише за умови регулярності занять та систематичності повторів. Доцільно щодня приділяти 5-7 хвилин для виконання пальчикової гімнастики.

Основним вправам пальчикової гімнастики дано умовні назви для зручності опису та ігрового унаочнення. В процесі роботи над вправами доцільно використовувати наочний матеріал, картки з предметними малюнками. Важливо використовувати ігрові прийоми та мовленнєве оформлення у вигляді промовляння віршів чи коментування.

Після того, як діти навчилися самостійно, вільно виконувати окремі вправи й фігури, вони із задоволенням розігрують різні сюжети за допомогою пальчиків. Дитині цікаво не тільки почути вірш, але й самостійно відтворити почуте за допомогою пальчикових фігур та рухів. Імітаційні рухи часто поєднуються з елементами масажу, що корисно для всього організму. Ігри часто потребують участі обох рук, що особливо сприяє орієнтуванню у просторі, дозволяє краще координувати рухи, закріплювати уміння співвідносити моторні дії та мовлення, розвивати кінестетичні відчуття.

Особливо важливо в процесі виконання пальчикової гімнастики підтримати у дітей прояви активності та творчості, прагнення самостійно продовжити сюжет, доповнити новими діями, обов'язково залучати дітей до активного мовленнєвого спілкування [3, с. 10–15].

Пальчикова гімнастика спрямована не тільки на розвиток дрібної моторики пальців рук, а також на тренування м'язів артикуляційного апарату. Коли дитина виконує ритмічні рухи пальцями, супроводжуючи це мовленням, різко підвищується активність в мовленнєвих центрах головного мозку, що в свою чергу сприяє розвитку мозку загалом, а також стимулює розвиток мовленнєвих умінь та навичок. Здійснення пальчикової гімнастики створює сприятливий емоційний фон для заняття з дитиною, розслаблює її, заспокоює та налаштовує на активну мовленнєву діяльність. Завдяки пальчиковим іграм у неї розвивається не тільки мовлення та тонка моторика пальців рук, а й інші психічні процеси (сприймання, увага, розвиваються мнестичні процеси, зокрема запам'ятовування), проявляються творчі здібності дитини – уява та фантазія.

Робота над розвитком дрібної моторики здійснюється в декілька етапів, і в першу чергу, враховуються вікові та індивідуальні особливості дитини, рівень її розвитку (психомоторний та фізичний) [5].

Поетапний план роботи з пальчиками:

1. Пальчикова гімнастика (вправи);
2. Пальчикові картинки (фігурки);
3. Пальчикові інсценівки:

- а) пальчикові загадки; [5, 6, 7].
- б) пальчикові вірші; [5, 6, 7].
- в) пальчикові міні-вистави; [5, 6, 7].
- г) змішаний театр.

4. «Чарівна рукавичка»:

а) міні-сценки рукавичкою одного вихованця:

- * з одним персонажем;
- * з одним персонажем та рукою, вільною від рукавички;
- * показ обома руками в рукавичках (по одному персонажеві);

б) міні – сценки з одним персонажем у показі кількома виконавцями (*однією рукою*);

в) міні-міні сценки з кількома персонажами в показі кількома виконавцями (*обома руками*);

г) домашній театр;

д) самостійна дитяча творчість [5].

Під час навчання необхідно враховувати, що малюка треба навчити виконувати вправи кожною рукою (окрім вправ, передбачених для обох рук разом), тому що рухи правої і лівої руки сприймаються дитиною по-різному, так як вони контролюються різними півкулями мозку. Коли дитина навчиться вільно виконувати потрібні рухи однією рукою, переходить до другої руки, а потім учить виконувати рухи відповідно до тексту одразу двома руками [48,49,50].

Таким чином, особливо важливо при порушенні мовлення використовувати методики з розвитку дрібної моторики. Тренувати пальці рук можна пальчиковими іграми, використовуючи цікаві ігри з предметами домашнього вжитку. Ці ігри корисні для дітей тому, що під час їх виконання відбуваються позитивні зміни як в розвитку рухових навичок, так і у мовленні, розвивається фонетико-фонематична, лексична та граматична сторона, удосконалюється зв'язне мовлення.

Список використаних джерел:

1. Бехтерев В. М. Объективная психология/ В.М. Бехтерев; Академия Наук СССР Институт психологии. – М.: Наука, 1991. – 480 с.
2. Большакова С.Е. Формование мелкой моторики рук: Игры и упражнения. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 64 с.
3. Боровик І. Г. Мовленнєвий матеріал для використання пальчикових ляльок у корекційній роботі / І. Г. Боровик // Логопед. – 2011. – № 1. – С. 10–15.
4. Новикова О. О. Веселые пальчиковые игры, Москва-Санкт-Петербург, из-во «Сова», 2005г.
5. <http://www.boryspil-dnz>
6. <https://skolkoseriy.ru/uk/platyametodiki-izucheniya-obshc..aterial-na-temu.html>
7. <http://referat.parta.ua/view/14031/>

УДК 376-056.264:616.896

Гончар Анна,
викладач кафедри корекційної освіти
та спеціальної психології
КЗ «ХГПА» ХОР,
м. Харків, Україна

ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ПОВЕДІНКИ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ІМПРЕСИВНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Проблема формування імпресивної сторони мовлення належить до актуальних проблем сучасної корекційної педагогіки. Найбільш докладно розроблені корекційна робота з формування фонематичного сприймання у дітей з дислалією, дизартрією, алалією; методика розвитку мовленнєво-слухового сприймання при дислексії та дисграфії (Е. Данілавічюте, Р. Лалаєва, Ю. Рібцун, В. Тарасун, Т. Філічева). Імпресивне мовлення – це сприймання, розуміння мовлення, яке виражається у слуховому сприйманні усного мовлення чи зоровому сприйманні тексту (читанні).

Особливості комунікативно-мовленнєвої діяльності дітей із аутизмом розглядав ряд українських та зарубіжних вчених, зокрема: Н. Базима, М. Барбера, О. Нікольська, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко. Саме рецептивне (імпресивне) мовлення при розладах аутичного спектра (РАС) вивчали Т. Куценко, Е. Нотбом, С. Морозова, М. Свідерська та ін.

Розуміння визначається у психології як розшифрування загального смислу, який стоїть за мовленнєвим (звуковим) потоком, що сприймається; процес перетворення фактичного змісту мовлення у смисл. У ході розуміння реципієнт встановлює між словами смислові зв'язки, які складають у сукупності смисловий зміст висловлювання. У результаті осмислення слухач приходить до розуміння чи нерозуміння смислового змісту висловлювання. Процес розуміння мовлення не є дзеркальним відображенням процесу складання окремого висловлювання чи цілого тексту, а завжди є перетворенням даного висловлювання у скорочені схеми на рівні внутрішнього мовлення, які потім знову можуть бути розгорнуті у висловлювання [2].

Розвиток імпресивного мовлення дітей з РАС залишається дискусійним питанням, внаслідок того, що механізми порушення розуміння мовлення у дітей цієї категорії недостатньо досліджені та пояснені. Часто логопеди-практики намагаються використовувати традиційні логопедичні підходи, організовуючи корекційно-виховну роботу з ними. І це не спрацьовує.

Діти з РАС демонструють специфічні порушення розуміння мовлення, у тому числі, буквального її розуміння. Переважають порушення прагматичного боку мовлення, які пронизують всі елементи комунікації: черговість та взаємодію з іншими людьми, інтонацію, міміку та жести, мовлення [4].

Корекційно-розвиткові технології супроводу дітей з аутизмом повинні будуватися на світових стандартах і науково доказових методиках. Саме такими на даний момент є Applied Behavior Analysis (АВА-терапія) – методики прикладного поведінкового аналізу.

Прикладний аналіз поведінки – це наука, яка розробляє прикладні методики на основі законів поведінки і систематично застосовує їх для покращення соціально значимої поведінки, а також використовує експеримент для пошуків змінних, які відповідають за зміни поведінки [3].

У цій статті ми намагаємося поєднати мову та підходи класичного логопеда з мовою ефективних поведінкових практиків та потребами осіб з РАС. Роблячи це, неможливо не згадати засновника теорії вербальної поведінки – В. F. Skinner. Він зробив припущення про те, що мовлення є однією з форм придбаної поведінки, яка розвивається та підтримується за рахунок факторів та закономірностей, пов'язаних з оточуючим середовищем, що контролюють і невербальну поведінку (стимульний контроль, мотиваційні умови, підкріплення). Вербальна поведінка підкріплюється поведінкою іншої людини. Наприклад, вербальна реакція-прохання «Увімкни світло» може призвести до підкріплення у вигляді увімкненого світла, яке буде отримане завдяки поведінці слухача.

Skinner визначав вербальну поведінку через функцію реакції, а не через її форму. У цьому випадку будь-яка реакція може стати вербальною, як-то: розмахування руками для привертання уваги, письмо від руки чи на комп'ютері. Отже, вербальна поведінка включає соціальну взаємодію між тим, хто говорить та тим, хто слухає. На відміну від більшості підходів до вивчення мови, у методології Skinner більшість уваги зосереджено на поведінці того, хто говорить.

Слухач повинен навчитися підкріплювати вербальну поведінку того, хто говорить: реагувати на слова і взаємодіяти. У ряді випадків навчання одному з типів поведінки (говоріння чи слухання) сприяє оволодінню іншим, але це пояснюється не з точки зору простого розуміння слів у якості слухача і подальшого використання цих слів у якості того, хто говорить, а з позиції мотиваційних умов, антецедентних стимулів, реакцій та наслідків [3].

Найважливішими для поведінки слухача, на думку M.L.Sundberg є три навички:

- уміння звертати увагу на людину, яка говорить (бути «аудиторією»);
- підсилення поведінки людини, яка говорить;
- реагування (вербальне та невербальне) на вербальні стимули [6].

Навичка звертати увагу на людей, коли вони говорять, може потребувати концентрації уваги на людині і на тому, що вона говорить; зорового контакту. Щоб підсилити поведінку людини, яка говорить, необхідно давати власну реакцію у відповідь: виражати згоду чи незгоду, дотримуватися невеликої дистанції між співбесідниками. Найскладнішою навичкою є вербальне та невербальне реагування, яке називають розумінням, рецептивним мовленням чи поведінкою слухача.

Найчастіше, на момент встановлення діагнозу, діти з аутизмом не мають розвинутих навичок слухача і сильно відстають від однолітків у розуміння мовлення, виконанні інструкцій. Програми, засновані на прикладному аналізі поведінки, мають чіткі цілі, способи відслідковування динаміки, дозволяють формувати імпресивне мовлення чітко, послідовно, використовуючи підказки та заохочення.

Програми, як правило, будуються на інформації, яка отримана під час спілкування з батьками дитини, тестуваннях WB-MAPP (розділ «Поведінка слухача»), ABLLS-R (розділ «Рецептивне мовлення»). До таких програм на початковому етапі роботи можна віднести програми реагування на власне ім'я, виконання за інструкцією приємної дії у контексті, виконання інструкції «подивитися на підкріплюючий стимул», доторкнутися за інструкцією до підкріплюючого стимулу, що знаходиться у будь-якій позиції по відношенню до дитини; виконати за інструкцією приємну дію поза контекстом, виконати дію відповідно щоденної діяльності за інструкцією («помий руки»), за інструкцією дати дорослому нейтральний об'єкт, виконати за інструкцією простий рух, за інструкцією доторкнутися до предмета у присутності відволікаючого стимулу [5].

Досвід використання АВА-терапії за кордоном, проведені та триваючі наукові дослідження у цьому напрямку, доводять, що стратегії прикладного аналізу поведінки є ефективними та науково обґрунтованими. Діти, з якими застосовують сучасну АВА з раннього віку, мають можливість підійти до шкільного віку зі значним зниженням аутичних проявів та станом імпресивного мовлення, навичками соціальної взаємодії, які дозволяють навчатися в умовах інклюзивної освіти.

Отже, ми вважаємо застосування прикладного аналізу поведінки необхідною перспективною умовою, актуальним засобом розвитку мовлення дитини з РАС, зокрема формування імпресивного мовлення (поведінки слухача).

Список використаних джерел:

1. Барбера М.Л. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход. Обучение детей с аутизмом и связанными расстройствами. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. 304 с.
2. Глухов В.П. Основы психолінгвістики. М.: Вища школа, 2005. 351 с.
3. Купер Д., Херон Т., Хьюард У. Прикладний аналіз поведінки. М.: Практика, 2016. 826 с.
4. Ньюкиктьєн Ч. Детская поведенческая неврология. Т.2. М.: Теревинф, 2010. 336 с.
5. Партингтон Д. ABLLS-R. Оцінка базових мовленнєвих та навчальних навичок. Протокол. Partington Behavior Analysts. 156 с.
6. Сандберг М. VB-MAPP, Програма оцінки віх розвитку вербальної поведінки і побудови індивідуального плану втручання. Керівництво. Наш сонячний світ. 2017. 275 с.

Горошко Вікторія,
к.мед.н., Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», факультет фізичної
культури та спорту, кафедра фізичної
терапії і ерготерапії

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Постановка проблеми. На сьогодні вади серця є одним з провідних факторів ризику розвитку, ускладнень та смерті серцево-судинних захворювань у дітей та підлітків. Статистика показує, що вроджені вади серця реєструються у 6-8 на 1000 новонароджених. Відомо, що за відсутності операцій на серці близько 50% дітей з вадами серця гинуть протягом першого року життя. Як результат, з економічної точки зору збільшення кількості дітей з ускладненнями та вадами не є корисним, а потреба у реабілітаційних заходах зростає. Завдяки розвитку кардіохірургії рівень смертності пацієнтів із вродженими вадами серця, включаючи дитячу смертність, зменшився [5]. Близько 90% дітей із складними серцевими патологіями вступають в доросле життя [3]. В даний час більшість операцій на серці проводиться саме дітям [4,5].

У літературі досить детально описується якість життя дітей у довгостроковій перспективі після хірургічного лікування вроджених вад серця [1]. Продовжуються дискусії щодо ролі різних соціальних та психологічних факторів у зниженні якості [2]. Однак необхідний більш широкий аналіз, щоб визначити вплив реабілітаційних програм на якість життя на різних етапах життя пацієнтів цієї категорії. У національній літературі не знайдено публікацій щодо використання персональних електронних записів та персональних електронних сторінок (ПЕС) для сімей хворих на вроджені вади серця після операції, включаючи інформацію про реабілітацію.

Мета дослідження є аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури в галузі реабілітаційних заходів для дітей, які перенесли операцію при вроджених вадах серця.

Результати дослідження та обговорення. Післяопераційна реабілітаційна допомога пацієнтам із вродженими вадами серця (ВВС) - це низка заходів щодо надання медичної допомоги для медичної реабілітації конкретного пацієнта, поєднана із заходами, що включають реабілітацію (залежно від показань). Допомога в реабілітації надається за участю медичних працівників (з урахуванням наявності супутніх патологій), викладачів, психологів, дефектологів, юристів, персоналу та інших фахівців, а також залучення родини пацієнта. Реабілітація пацієнтів після хірургічного лікування вроджених вад серця - це процес надання реабілітаційної підтримки, і очікуваний результат - максимальна соціальна інтеграція у суспільство.

Медичний аспект реабілітації. Як загальне правило, тут слід розрізняти дві основні групи пацієнтів. Пацієнти з вродженими вадами розвитку "блідого" типу без легеневої гіпертензії (такими як артеріальний канал пацієнта, дефект передсердної або міжшлуночкової перегородки) після хірургічної корекції та вродженими дефектами "синього" типу (більш складні пацієнти з вродженими вадами розвитку та важкою легеневою гіпертензією).

У першій групі хворих відсутні суттєві зміни в міокарді, а хірургічна корекція призводить до повної нормалізації гемодинаміки. Такі пацієнти не потребують спеціального відновного лікування. Друга група пацієнтів з різним ступенем змін у малих колах міокарда та

судин страждає від недостатності кровообігу і потребує лікування з подальшим підтримкою та відповідними схемами лікування.

Фізичний аспект реабілітації [3,4]. Цей аспект особливо важливий для дітей, оскільки мова йде про організм, що розвиваються. Помилки та недоліки в поведінці та фізичній реабілітації дітей, які перенесли операцію, часто залежать від батьків та вчителів, можуть призвести до формування фізично слабозвинених, ослаблених людей. У першій групі пацієнтів лікувальна гімнастика може швидко відновити дитину і доповнити її активною дитячою фізичною грою протягом 3-6 місяців після операції. Після цього діти досягають 100% фізичних здібностей порівняно з рівнем здорових дітей одного віку та статі, і в їх подальшому житті немає обмежень (спорт, вагітність та пологи, спеціальні професії тощо). Проблема фізичної реабілітації для другої групи пацієнтів набагато складніша. Основою тут повинен бути окремий підхід. Особливості патології та методи хірургічної корекції дають значну різницю в результатах. Однак ці спостереження неодмінно повинні продовжуватись і накопичувати досвід, що обґрунтовує спеціальну програму фізичної реабілітації.

Для повноцінної реабілітації дітей з хворобами системи кровообігу повинні бути розроблені стандарти лікування і це повинні бути не просто стандарти обсягу процедур, а повноцінні клінічні рекомендації - стандарти дій. Звичайно, рішення цієї проблеми неможливо ні в рамках даної роботи, ні в будь-якій іншій науковій статті.

Кардіологічна реабілітація - це всеосяжні (комплексні) довгострокові програми, які включають медичну оцінку функціонального стану хворого, призначені на основі індивідуальної толерантності до навантаження фізичні вправи (тренування), модифікацію серцевих факторів ризику, навчання і консультування пацієнтів. Кардіологічна реабілітація / вторинна профілактика повинна включати наступні елементи: оцінку клінічного стану хворого; оптимізацію фармакологічного лікування; фізичну реабілітацію - поетапне і контрольоване збільшення фізичних навантажень, адаптованих до індивідуальних можливостей людини; реабілітацію психосоціальну, мета якої - навчити хворого допомагати собі при стресогенних ситуаціях, емоційних станах, таких, як страх і / або депресія, розвивати здатність до психологічної адаптації до наслідків хвороби; зміна способу життя; навчання хворих та їхніх родичів; моніторингу ефектів кардіореабілітації. Комплексна кардіологічна реабілітація - це процес, який повинен: починатися негайно; тривати безперервно; проводитися поетапно; ґрунтуватися на індивідуальних особливостях хворого; здійснюватися способом, прийнятним для хворого і його оточення.

Ранній початок застосування масажу у хворих після операцій на серці та магістральних судинах має особливе значення в цілях профілактики ускладнень з боку органів серцево-судинної системи, для поліпшення периферичної та центральної гемодинаміки, для нормалізації функцій серцево-судинної і дихальної систем, трофіці периферичних тканин, для боротьби з гіпоксією життєво важливих органів. Ручний масаж областей тіла, що проводиться в післяопераційному періоді(авторська методика).

1. Масаж спини (від 7-го шийного до 1-го поперекового хребця і від лівої до правої середньої аксиллярної лінії) проводиться всім пацієнтам при відсутності протипоказань, на 2-ий день після операції.

Залежно від супутньої патології на 2-ий -3-ій день після операції (виключенням являються вторинні серцево-судинні патології):

-масаж комірцевої зони (задньої поверхні шиї, спина до рівня 4-го грудного хребця, передньої поверхні грудної клітки до 2-го ребра) протипоказаний при виражених порушеннях з боку хребта і динамічних порушеннях мозкового кровообігу;

- масаж верхніх кінцівок;
- масаж надпліччя і області лопатки;
- масаж плечового суглоба (верхньої третини плеча, області плечового суглоба і надпліччя однойменної боку).
- масаж кисті та передпліччя.
- масаж м'язів передньої черевної стінки.
- масаж шийно-грудного відділу хребта (області задньої поверхні шиї і області спини до 1-го поперекового хребця і від лівої до правої задньої аксиллярної лінії).
- масаж нижньої кінцівки.
- масаж нижньої кінцівки та попереку (області стопи, гомілки, стегна, сідничної і попереково-крижової області).
- масаж гомілковостопного суглоба (проксимального відділу стопи, області гомілковостопного суглоба і нижньої третини гомілки).
- масаж стопи, гомілки.

Пріоритетними завданнями для дітей з вадами серця, створеного на базі кардіохірургічного стаціонару, ми вважаємо на даному етапі становлення:

- 1) розробку порядків надання реабілітаційної допомоги дітям з ВВС в залежності від виду ВВС, терміну хірургічної корекції, віку;
- 2) розробку алгоритмів стандартизованої оцінки реакції серцево-судинної системи у дітей з ВВС при фізичних навантаженнях, в залежності від виду ВПС, терміну хірургічної корекції, віку;
- 3) розробку рекомендацій щодо допуску до занять спортом дітей з ВВС;
- 4) розробку рекомендацій щодо оцінки психоемоційного статусу у дітей з ВВС, виявлення особливостей нервово-психічного розвитку дітей, оперованих з ВВС, що впливають на якість життя;
- 5) розробку критеріїв встановлення інвалідності у дітей з ВВС;
- 6) впровадження дистанційного телемоніторингу пацієнта (частота серцевих скорочень, дихання, сатурація, МНО, в подальшому - параметри електростимуляції).

Висновки

1. Реабілітацію дітей з вродженими вадами серця доцільно проводити на всіх етапах лікування та у відновний період.
2. Мультибригада у відновленні життєдіяльності та соціалізації таких дітей являється найбільше доцільною та повинна складатися із кардіохірурга, сімейного лікаря, реабілітолога, психолога та педагога.
3. Для повного відновлення необхідна постійна допомога та опіка батьків і соціальних працівників на всіх етапах лікування та реабілітації.

Крім медичної реабілітації, доцільно проводити фізичну, психоемоційну корекцію відповідно до віку та тяжкості захворювання.

Список використаних джерел:

1. Неведрова М.Н. Проблеми кардіореабілітації дітей після хірургічної корекції вроджених вад серця // Бюлетень НЦССХ ім. А. Н. Бакулева. - М.: 2014. - №3. - С. 28-39.
2. Qing Du Xuan Zhou. Passive movement and active exercise for very young infants with congenital heart disease: a study protocol for a randomized controlled trial // Journal Bio Med Central. - 2015. - №16. - P. 288-295.

3. Джонатан Родс, Трейсі Дж. Каррен. Стійкий ефект серцевих реабілітації дітей з серйозними вродженими вадами серця // Педіатрія. - 2006. - №3. - С. 88-97.

4. Мілієвская Є.Б. Проблеми доступності для батьків інформації про реабілітацію і майбутньої трудової адаптації дітей і підлітків після хірургічного лікування вроджених вад серця // Бюлетень НЦССХ ім. А. Н. Бакулева. - М.: 2013. - №1. - С. 12-16.

5. Крупянко С.М, Бокерія Л.А. Школа для батьків як компонент комплексної реабілітації після хірургічного лікування дітей з вродженими вадами серця // Бюлетень НЦССХ ім. А. Н. Бакулева. - М.: 2013. - №3. - С. 127-131.

УДК 376. 091. 2. 001. 76

Гриньо Людмила,

викладач

ВСП «Педагогічний фаховий коледж
ЛНУ імені Івана Франка»

м. Львів, Україна

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Українське суспільство досягло такого рівня соціального розвитку, коли не може собі дозволити втратити жодну підростаючу людину, а визнання Конвенції ООН про права дитини та Всесвітньої декларації про забезпечення виживання, захист і розвиток дітей посилює увагу батьків, держави і громадськості до їхніх проблем з народження і до повноліття та відповідальності за розвиток, навчання і виховання. Безумовно, діти з особливими освітніми потребами теж не повинні залишатися без належної уваги.

В.О. Сухомлинський наголошував на тому, що не може існувати виховання особистості поза колективом, як не може бути колективу без особистостей. діти з особливими освітніми потребами не повинні бути покинуті самі на себе, а розвиватися у таких же умовах, що й нормальні діти. В.О. Сухомлинський доречно зауважував, що колектив може стати виховним середовищем тільки в тому разі, коли він створюється під час спілкування і спільної діяльності, яка дає кожному радість і насолоду, розвиває його інтереси і здібності, коли є освічений педагог, який любить дітей.

Питанню інтегрованого навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку приділяли увагу численні фахівці в галузі соціальної, корекційної, спеціальної педагогіки та дефектології: Л. Аксьонова, В. Бондар, Є. Бондаренко, М. Веденіна, М. Власова, О. Глоба, В. Григоренко, П. Горностай, Г. Іващенко, Б. Пузанов, О. Усанов.

В Україні окремі аспекти проблеми інтегрованого навчання висвітлюються у працях А. Колупаєвої, М. Сварника, В. Синьова, Н. Софій, М. Шеремет, В. Тарасун, О. Таранченко, А. Шевцова та ін.

Більшість учених вказують на необхідність упровадження нових форм освіти, які б сприяли інтеграції людей з особливими потребами у суспільство. Серед них особливої уваги заслуговує інклюзивна освіта.

Різновидом інклюзивної освіти є інклюзивне виховання, яке можна визначити як цілеспрямовану соціалізацію дітей з обмеженими можливостями в межах інклюзивного середовища на основі принципів гуманістичного виховання. Реалізація завдань виховної роботи

з дітьми сприяє реалізації основних завдань виховної роботи закладу в цілому. Центральною, однією з найдавніших проблем у міждисциплінарному вивченні виховання є визначення його сутності, оскільки в різні історичні періоди суспільство характеризувало цю категорію, виходячи зі своїх соціальних установок та актуальних завдань. Найчастіше виховання розглядається як управління процесом формування особистості або окремих її якостей відповідно до потреб суспільства. Основною ідеєю виховної технології є управління ініціативою самого вихованця в процесі педагогічної взаємодії, що створює умови для самореалізації. Такий підхід допомагає самовизначенню особистості, стимулюючи її здібності.

Успішне виконання виховних завдань можливе, якщо дотримуватися певних умов. Це, зокрема, використання комплексного підходу до виховання як до єдиного механізму формування особистості.

Інноваційна діяльність - це вид діяльності, пов'язаний із впровадженням результатів наукових досліджень у галузі освіти, а також сучасних досягнень психолого-педагогічних наук у педагогічну практику.

Об'єктами інноваційної діяльності є нові знання, освітні технології і програми, проекти, навчальний та виховний процеси, організаційні та адміністративні рішення, а також рішення іншого характеру, що мають позитивний вплив на поліпшення якості та вдосконалення освіти.

Отже, інноваційні виховні технології - це система педагогічних засобів, форм, методів, їх етапність та послідовність, яка істотно поліпшує структуру та якість виховання підростаючого покоління у навчальних закладах та є результатом науково-дослідної діяльності в галузі освіти.

Виховання дітей шкільного віку здійснюють у процесі навчання і виховної роботи у школі та за її межами. Воно є *цілісним процесом*, у якому органічно поєднані змістова (сукупність виховних цілей) і процесуальна (самокерований процес педагогічної взаємодії вчителя й учня, що передбачає організацію і функціонування системи виховної діяльності та самовиховання учнів) сторони.

Учня з особливими освітніми потребами необхідно залучати до всіх видів діяльності (освітньої та позакласної). При цьому в його однокласників треба сформулювати ставлення до нього як до рівного і водночас як до людини, котрій буває потрібна допомога й підтримка. Такий настрій у групі залежить від педагогічних працівників та адміністрації закладу професійної освіти. На думку педагогів, у яких навчаються учні з особливими освітніми потребами, це є головною умовою комфортного навчання.

Виховання є складним, багатогранним процесом, у якому тісно переплетені внутрішні (стосуються особи вихованця) та зовнішні (стосуються виховного середовища) суперечності.

Внутрішні суперечності процесу виховання:

- між необмеженими можливостями розвитку людини й обмежувачими умовами соціального життя. Передбачає створення оптимальних умов (побутових, психологічних, організацію навчально-виховного процесу) для розвитку, життєдіяльності дитини;
- між зростаючими соціально значущими завданнями, які потрібно вирішувати вихованцю, і можливостями, що обмежують його дії, спрямовані на їх вирішення. Це означає, що розвиток особистості може призупинитися, якщо не ставити перед вихованцем нових, ускладнених, завдань;
- між зовнішніми впливами і завданнями виховання. Виховний процес потрібно будувати так, щоб його зміст і форми реалізації не викликали спротиву у вихованця.

Зовнішні суперечності:

- невідповідність між виховними впливами школи і сім'ї;
- зіткнення організованого виховного впливу школи зі стихійним впливом на дітей оточення;
- між окремими впливами вчителів, які працюють в одному й тому ж класі;
- між набутим негативним досвідом поведінки і новими умовами життя та діяльності.

Зовнішні суперечності є тимчасовими, але вони можуть знижувати ефективність виховного процесу. Тому вчителі повинні зосередити увагу на їх виявленні, усуненні, профілактиці.

На процес виховання впливають (безпосередньо або опосередковано) *об'єктивні* (особливості суспільного устрою, політичного режиму, соціально-економічного розвитку, національна самобутність, природне середовище) та *суб'єктивні* (соціально-педагогічна діяльність сім'ї, громадських організацій, навчально-виховних закладів, засобів масової інформації, закладів культури і мистецтва) *чинники*.

Структурними елементами процесу виховання є мета, завдання, закономірності, принципи, методи, засоби, результати виховання та їх коригування.

У процесі виховання особливо важливими є такі *закономірності*:

1. Органічний зв'язок виховання із суспільними потребами та умовами виховання. Розвиток суспільства зумовлює зміни, диктує нові потреби і в його виховній системі.
2. Взаємодія у виховному процесі всієї сукупності різноманітних чинників. Виховує все: люди, речі, явища. Серед виховних чинників найвагомим є людський (роль батьків, педагогів).
3. Опора у виховному процесі на позитивні якості дитини, стимуляцію активності особистості, позитивні емоції від досягнутих успіхів.
4. Результати виховання залежать від виховного впливу на внутрішній світ дитини, її духовну, емоційну сфери. Виховний процес має постійно трансформувати зовнішні виховні впливи у внутрішні, духовні процеси особистості (її мотиви, установки, орієнтації, ставлення).
5. Визначальними у вихованні є діяльність і спілкування. Діяльність — головний фактор єдності свідомості й поведінки, коли учень зайнятий певним видом діяльності (навчальною, трудовою, ігровою, спортивною та ін.), що забезпечує всебічний розвиток особистості.

У вихованні закономірності виявляються в усьому різноманітті взаємозв'язків і взаємоперетворень. Їх необхідно враховувати під час створення будь-якої виховної ситуації.

Характер виховання повинен передбачати глибоке розуміння вихователем природи вихованців, їх індивідуальних рис і можливостей, поваги до особистості дитини, постійно дбати про її гармонійний розвиток, встановлення взаємин співробітництва у навчально-виховному процесі.

Пріоритетним є всебічний та гармонійний розвиток особистості, яка здатна до саморозвитку, самовиховання і самореалізації у своїй діяльності, керується загальнолюдськими цінностями, глибоко розуміє традиції свого народу.

Успіх виховного процесу залежить від відносин між вчителем і учнем, які повинні будуватися на основі співдружності, співробітництва і ділового партнерства.

Вчитель і учень - рівноправні суб'єкти навчально-виховної діяльності. Тому варто більше уваги приділяти стимулюванню внутрішньої і зовнішньої активності учнів, їх оптимальній участі у спільній діяльності у справі виховання.

Підвищенню результативності виховної роботи в загальноосвітньому навчальному закладі сприяє вдосконалення нових форм роботи, пошук нових систем виховання, впровадження розвиваючих технологій.

Отже, виховна діяльність школи має бути зорієнтована на забезпечення дітей з особливими освітніми потребами усіма необхідними знаннями, уміннями, навичками

суспільного досвіду й поведінки, притаманним молодій людині української держави. Здобуття соціального досвіду більшою мірою відбувається під час спеціально організованої діяльності, яка повинна відповідати потребам, інтересам й можливостям учнів, бути для них значущою й цікавою, спонукати їх до розвитку й удосконалення природних задатків, здібностей.

Список використаних джерел:

1. Дем'янюк Т.Д. Організація виховного процесу в сучасному загальноосвітньому навчальному закладі: науково-методичний посібник – Суми, ТОВ Видавництво "Антей", 2006. – 386 с.
2. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка / Під ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. К.: 2004. 152 с.
3. Дятленко Н. Оцінка впливу інклюзивної моделі освіти на учасників проекту. К.: Всеукраїнський фонд «Крок за кроком», 2005. 11 с.
4. Колупаєва А. Інноваційні підходи до навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Науково-методичний журнал. «Нова педагогічна думка». Рівне, № 1. 2004 р.

УДК 159.98: 613.8

Гупаловська Вікторія,
кандидат психологічних наук, доцент
м. Львів, Україна

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА ЗА МЕТОДОМ КОРОТКОТЕРМІНОВОЇ ТЕРАПІЇ, СФОКУСОВАНОЇ НА ВИРІШЕННІ, З ПРОБЛЕМАМИ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Опорно-руховим апаратом можна з упевненістю назвати основу, стрижень всього людського організму. Порушення опорно-рухового апарату – це серйозна проблема, яка потребує негайного лікування. На жаль, статистика невтішна. З огляду на переважно сидячий спосіб життя, відсутність спорту, перенапруження на роботі, захворювання опорно-рухового апарату стають все «молодшими» і більш поширеними. Захворювання опорно-рухового апарату професійного генезу формується за рахунок уражень периферійної нервової системи та хвороб кістково-м'язової системи. Останнім часом спостерігається тенденція до зростання частки таких захворювань у загальній структурі профзахворювань серед працюючих в Україні. З 2011 року питома вага захворювань опорно-рухового апарату з 18% зросла до 34,1% у 2015 і все ще продовжує збільшуватися [1].

Всупереч розвиненому стереотипові, що для людей з соматичними захворюваннями та обмеженими можливостями предметом звернення до психотерапевта чи на психологічну консультацію є саме захворювання чи інвалідність, теорія короткотермінової терапії, сконцентрованої на вирішенні (BSFT) підкреслює, що це не зовсім так. Кожна людина має ресурси і є учасником стосунків і саме це є полем для роботи з особами із розладами опорно-рухового апарату [2; 4].

На додаток до вирішення традиційних життєвих питань, які вирішують усі люди, особи з обмеженими фізичними можливостями можуть зіткнутися з додатковим стресом або проблемами. Потенційні проблеми, які можуть бути унікальними для цієї категорії осіб, складають доволі довгий перелік: дискримінація або упередження з боку працездатних осіб чи інших осіб з обмеженими можливостями; фізичний дискомфорт; емоційний стрес/дискомфорт

(депресія, тривога тощо); порушені або змінені стосунки, соціальні зв'язки; потенційний вплив на статеve життя; втрата життєвих планів / розробка нових життєвих планів (Rolland, 1994) [4]; потреба у допомозі в підготовці до майбутнього розвитку хвороби; зміна ролі в сім'ї; управління новими або постійними медичними потребами та багаторазові відвідування лікарів; усунення релігійних чи духовних наслідків хвороби чи інвалідності; потенційна зміна статусу роботи через хворобу чи інвалідність; зміна або втрата особистості; проблеми у стосунках з іншими; труднощі з проханням про допомогу за потреби (Kim J. S., Froerer, A. S., Pagan-Romney E. 2004) [4].

У методі SFBT є важливою мова, якою говорять з клієнтами, слова, які використовує фахівець SFBT у співпраці зі своїми клієнтами. Наприклад, питання та формулювання SFBT-консультантів, які використовують зі своїми клієнтами, відрізнятимуться, якщо вони працюють із клієнтом із прогресуючим захворюваннями опорно-рухового апарату (погіршення з часом) проти постійного стабілізованого захворювання (незмінного з часом).

Типологія Ролланда допомагає створити основу для розуміння бажаного майбутнього клієнта або деталей, про які особа із розладами опорно-рухового апарату згадує, говорячи про майбутнє, орієнтоване на рішення. Розуміння цієї типології допоможе консультантові у «зустрічі своїх клієнтів там, де вони є».

Найявні ще деякі фактори, які продемонстрували вплив на одужання від хвороби або захворювання, - це соціально-економічний статус та здатність змінювати поведінку. Деякі дослідження вказують на те, що особи з нижчим соціально-економічним статусом зазвичай страждають вищим рівнем інвалідизації, ніж ті, що мають вищий соціально-економічний статус.

Зосередження уваги на зміні поведінки людей із захворюваннями опорно-рухового апарату також виявилось ефективною стратегією для подолання подальшої захворюваності та підвищення якості життя. Клініцисти-фахівці з SFBT в умовах медичної реабілітації за даними Schwarzer, Lippke, & Luszczynska [7], мали вищий шанс допомогти особам з обмеженими можливостями навчитися покращувати поведінку у зв'язку зі своїм здоров'ям та підтримувати поведінку зміни після виписки.

Основними напрямками SFBT у роботі з особами із розладами опорно-рухового апарату є: 1) зосередження на клієнтському бажаному майбутньому, 2) виявлення ресурсів та використання сильних сторін клієнта, 3) зміни поведінки.

Короткотермінова терапія, орієнтована на рішення SFBT, - це терапевтична практика, яка є прагматичним, а не теоретичним підходом до терапії [7]. Основні принципи роботи для осіб із захворюваннями опорно-рухового апарату з особливою увагою до наслідків (de Shazer et al., 2007) у моделі SFBT наступні:

1) Якщо не зламано, не виправляйте. SFBT відома тим, що використовує в роботі лише ті частини життя, які клієнт згадує як проблему, та спільно з ним вибудовує бесіду, корисну для клієнта.

2) З точки зору SFBT, лише клієнт вважається експертом свого життя; це особливо стосується клієнтів з обмеженими можливостями.

Консультанти SFBT зазвичай попередньо розглядають з клієнтом сфери життя, щоб була можливість обговорити, як впливає статус захворювання на представлену на консультації проблему.

Особи із захворюваннями опорно-рухового апарату як і всі, хто звернувся на консультацію, мають компетентність та ресурси, необхідні їм для досягнення успіху або необхідності зміни. Крім того, можна розглянути будь-які минулі успіхи, згадані людиною, винятки (коли проблеми не існувало) або ідеї, які можуть знову стати в нагоді.

Невід'ємною силою клієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є те, що кожен з них успішно впорався до певної міри з наявними життєвими умовами. Можливо, людину не влаштовує рівень її подолання, а саме той факт, що вона прийшла на консультацію, свідчить про те, що вона певним чином впоралася. Для консультантів SFBT важливо визнати та висвітлити цю ситуацію та з'ясувати у клієнта, що зробило цей рівень подолання керованим.

Одним із найсильніших і ключових запитань BSFT, які здатні вивести клієнта з будь-яким серйозним захворюванням чи інвалідністю на новий рівень розуміння ситуації і себе в ній, є запитання про те, яких змін у своєму житті він би хотів, навіть якщо здоров'я залишиться на такому ж рівні. Це запитання спонукає людину озвучити і усвідомити ті речі, які насправді є найважливішими ресурсами у даній ситуації, а часто навіть у всьому житті. А це свідчить про те, що ресурси до подолання ситуації є завжди.

Надзвичайно контраверсійним питанням, яке однак з успіхом працює з особами із розладами опорно-рухового апарату та з іншими соматичними розладами, є запитання про те, за що можна подякувати хворобі, що вона допомогла зрозуміти. Що нижчий рівень рефлексивності та осмисленості життя в людини, тим негативнішою є перша реакція на таке запитання. Однак, після роздумів людина насправді відкриває для себе багато цікавого, ресурсного навіть в ситуації хвороби, порушення звичного способу та ритму життя, втрати працездатності. Це питання також є важливим і часто ключовим для осіб з інвалідністю.

Подальша робота проводиться в напрямку обговорення того, що буде першим маленьким кроком до змін. Важливо, щоб і мета, і перший крок були поведінковими, видимими, осяжними, краще малими, ніж великими.

Загалом оволодіння методом короткотермінової терапії, сфокусованої на вирішенні проблеми, займає певний час та потребує зусиль та тренувань. Але цей метод володіє низкою прийомів, які є дієвими у роботі з особами із розладами опорно-рухового апарату.

Список використаних джерел:

1. Служба охорони праці. Захистіть ваших працівників від перенапруження: сумна статистика захворювань опорно-рухового апарату на підприємствах. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.sop.com.ua/article/568>
2. Bannink F. 1001 solution – focused questions. New-York–London, 2010. 251 s.
3. Isebaert L. Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model. New York: Routledge, 2017. 216 p.
4. Kim J. S. ed. Solution-focused brief therapy: a multicultural approach. SAGE Publications, Inc. 2014. 257 p.
5. Peter De J., Kim Berg I. Rozmowy o rozwiązaniach. Kraków, 2007. 346 s.
6. Ratner H., George E., Iveson Ch. Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniu. tłum. Pawłusów K. Łódź. 2017. 255 s.
7. Shazer, de, S. More than Miracles. The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy. Gemeinsam mit Yvonne Dolan. New York: Haworth, 2007.

Заплатинська Анна,

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології факультету спеціальної та інклюзивної освіти Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова
(м.Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОКОРЕКЦІЙНИХ ВПРАВ У ПРОЦЕСІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ З ІНКЛЮЗИВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ

Актуальним питанням в закладах загальної середньої освіти виступає якість навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку, інвалідністю та труднощами у навчанні. Інклюзивна форма навчання, що впроваджена в закладах освіти, передбачає розроблення індивідуальної програми розвитку, проте не усі, хто потребує даного роду супровід, мають необхідні документи (висновок від Інклюзивного ресурсного центру, заяву батьків, направлення відповідного органу управління освітою тощо). Вчителі, які працюють в закладах освіти, відзначають, що у багатьох дітей спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, формуванням навичок читання й письма, самоконтролем та системою сформованості соціальних навичок та цінностей.

Вище згадані труднощі негативно відображаються не лише на навчальних здібностях дитини, але й на її подальшій життєдіяльності. Без відповідних документів й дозволу батьків надати фахову допомогу стає неможливим. Навантаження у вирішенні даних проблем лягає на звичайних педагогів та адміністрацію закладів освіти.

Зокрема, запропонований нами підхід щодо застосування педагогами системи вправ з нейрокорекційним впливом під час організації охоронно-педагогічного режиму й навчального процесу може позитивно впливати на сформованість психічних процесів у дітей. За умови правильної організації впровадження цієї технології в систему закладів загальної освіти сприятиме досягненню вікових норм в загальному, мовленнєвому та навчальному розвитку й соціальній активності дитини.

Наукові засади сучасної нейропсихології базуються на принципах, розроблених класиками психології: Л. Виготським, Л. Венгером, Д. Ельконіним, О. Запорожцем, О. Леонтьєвим, О. Лурією, А. Семенович, А. Сиротюк, Л. Цветковою та іншими. Ефективність нейропсихологічного (психомоторного) підходу доведена науковими дослідженнями (Н. Корсакової, Ю. Мікадзе, М. Семаги, Н. Семаго та ін.) і результатами практичного використання (Т. Ахутіної, О. Конєвою, Н. Рудаметової, А. Семенович, А. Сиротюк та ін.).

Нейромоторний вплив відноситься до здоров'язберігаючих та ігрових технологій, які передбачають корекцію порушених психічних процесів (уваги, пам'яті, мислення, мовлення), емоційно-вольової сфери дитини через рухову активність та її використання в організації освітнього процесу. Розвиваючи тілесну моторику через рухливі ігри, танці, під час занять ритміки, у грі на музичних інструментах, створюються передумови для формування вищих психічних функцій [3, 4].

Власне з метою організації охоронно-педагогічного режиму (попередження виникнення гіподинамії, порушень постави, порушень зорової функції та пропедевтика навчальної

діяльності «введення в процес навчання») у закладі освіти з інклюзивною формою навчання необхідно забезпечити виконання наступних умов.

По-перше, підвищувати ступінь активного залучення батьків до виховного і освітнього процесів (проводити заходи, рекомендувати участь у спільній діяльності, інформувати про важливість сімейного виховання) та розробляти / вдосконалювати єдиний підхід до формування соціальних та шкільних цінностей у дітей.

По-друге, розробити правила закладу освіти, єдину концепцію розвитку для школи (поведінка в закладі, система субординації, правила спілкування, відповідальність за порушення правил закладу, система бонусів й винагород) та індивідуальні правила для кожного класу, щоб врахувати потреби та особливості учнів з порушеннями психофізичного розвитку чи інвалідністю (адаптування середовища, матеріалів, навчального процесу до потреб учнів з особливими освітніми потребами).

По-третє, внести корективи в організацію навчального навантаження та передбачити в режимних моментах школи час для фізичної активності учнів (організовані ігри на перерві, прогулянки на вулиці, час на релаксацію для дітей, що швидко втомлюються або мають певні психічні особливості чи наслідки соматичних станів). Необхідно передбачити такий розклад занять, який міститиме чергування складних предметів, що потребують довільної концентрації і цілеспрямованої діяльності (математика, письмо, читання) із навчальними предметами, які передбачають творчість та супроводжуються рухом або зміною положення тіла (малювання за мольбертом, фізкультура, ігри з правилами, творчі ігри), ритміка (музика), інше.

По-четверте, в навчальний процес початкових класів вводити окремі групи вправ, за допомогою яких педагоги формуватимуть довільну регуляцію діяльності, покращуватимуть емоційний фон у дітей, які навчаються за індивідуальною програмою розвитку та класу в цілому. Значущими на сьогодні є такі завдання, котрі корегують увагу й імпульсивність, формують довільність поведінки, що сприяє дотриманню соціальних норм та правил, розвивають навички саморегуляції.

Отже, в процесі шкільного навчання доречно застосовувати такі нейрорухові прийоми:

1) Ігри та завдання на розвиток уваги й довільності – це осмислені рухи, які здійснюються за словесною командою. Оптимальними для початку роботи є детальні інструкції, які передбачають поступове формування у дитини здатності до побудови власної програми руху. Для дітей, у яких спостерігається порушення у розумінні зверненого мовлення чи недостатньо сформоване власне усне мовлення, можна передбачити застосування методики альтернативної та заміщуючої комунікації.

Під час уроку використовуються чіткі повторювані структури: правила заняття, поетапність виконання завдання, незмінне розташування предметів. Все це виступає додатковим організуючим моментом при формуванні довільності, введення елемента мобільності, можливість переміщення по класу з метою виконання завдання педагога чи асистента вчителя (відповідь біля дошки, розкладання матеріалів на парти учнів для виконання наступного завдання і т.д.), а також вправи «Знайди відмінності», «Знайди за предмет описом», «Що змінилось?», колективні розповіді з кубиками «Story cubes» тощо;

Під час перерви або на прогулянці основною умовою розвитку довільності в діяльності є дотримання дітьми правил, ритуалів і тимчасового регламенту. Учні пропонуються ігри з правилами, спостереження за визначеними об'єктами та інше.

2) Окорухові вправи – дозволяють розширити поле зору, покращити зорове сприймання. Власне в навчальній діяльності найчастіше використовується двовимірний простір (книга, таблиця, зошит, комп'ютер інше) проте формування тривимірного візуального

сприйняття є необхідною умовою успішного навчання, оскільки односпрямовані і різноспрямовані рухи очей розвивають міжпівкульну взаємодію та активізують процес навчання.

Під час уроку з метою залучення уваги дитини рекомендується використовувати яскравий демонстраційний чи роздатковий матеріал. На початку дитина стежить за тим, що демонструється, та за указкою, котра переміщується, потім – за своєю рукою, яка переміщується, тримаючи предмет в правій, згодом в лівій руці та обома руками. Такі завдання виконують в повільному темпі (від 3 до 7 секунд) у такій послідовності: 1) на відстані витягнутої руки, 2) на відстані ліктя, 3) близько перенісся з фіксацією в крайніх положеннях: сидячи і стоячи.

З метою покращення гостроти зору та зняття зорової напруги під час перерви та / або на прогулянці рекомендується застосовувати різноманітні комплекси вправ для очей.

Наприклад, зігріти внутрішні поверхні долонь, потираючи їх одна-об-одну, після чого, схрестивши долоні в області фаланг пальців (у вигляді «даху»), накрити ними обидва ока так, щоб зовнішнє світло не проникало. Потім, не віднімаючи рук від очей, виконати наступні вправи:

- кілька секунд інтенсивно покліпати (повторювати після кожної виконаної вправи);
- здійснити очима рухи «вверх – вниз»;
- здійснити очима рухи «вправо – вліво»;
- здійснити очима рухи «вправо вверх – вліво вниз»;
- здійснити очима рухи «вліво вверх – вправо вниз»;
- здійснити очима рухи по кутам квадрату проти годинникової стрілки «вліво вверх – вліво вниз - вправо вниз – вправо вверх»;
- здійснити очима рухи по кутам квадрату за годинниковою стрілкою «вліво вверх – вправо вверх – вправо вниз – вліво вниз»;
- здійснити очима рухи за годинниковою стрілкою по уявному «циферблату», фіксуючись на числах 12, 3, 6, 9;
- здійснити очима рухи проти годинникової стрілки по уявному «циферблату», фіксуючись на числах 12, 9, 6, 3.

Після виконання цих вправ потрібно, не розплющуючи очей, злегка потерти їх кулачками; покліпати, віднявши руки, та розплющити очі.

3) Рухи тіла і пальців – забезпечують розвиток міжпівкульної взаємодії, сприяють розвитку відчуття власного тіла, що покращує диференціацію сенсорної інформації, яку отримано ззовні та від самого тіла. Розуміння потреб власного тіла, сформованої реакції на подразники та тілесної експресії інших, впливає також і на сформованість загальної комунікативної навички, створюючи додаткові умови для соціального розвитку.

Під час уроку рекомендуються такі вправи, як «Кулак, ребро, долоня», дзеркальне малювання, пальчикові ігри, графічні диктанти, вправи для кисті та пальців рук по типу «Прокочування кульок», ігри з папером, розминання пластиліну, конструктивні завдання із паличок, шнурівок, масаж долонь за допомогою олівців різних форм та фактур тощо.

Під час перерви, на прогулянці, під час індивідуальної роботи рекомендовано самомасаж вушних раковин, перехресна ходьба, ходьба за заданими напрямками, сортування дрібних предметів, ігри із дзигою, ігри з конструкторами / мозаїками; а в їдальні – використання столових приборів, накривання і прибирання столу та інші.

4) Релаксаційні методи, що поєднують музику, колір і запахи, мають різний вплив на діяльність центральної нервової системи дитини: тонізуючий, стимулюючий, зміцнюючий,

відновлюючий, заспокійливий, розслаблюючий і т.д. Здатність ЦНС розрізняти, розуміти та інтегрувати отримані сенсорні подразники сприяють формуванню таких процесів, як самоспостереження, спогад подій і отриманих відчуттів, на підставі яких формується інтеграція в малюнку (невербальний компонент) і в обговоренні (вербальний компонент) [1, 2].

Продумане застосування вище перерахованих засобів підвищує ефективність виконуваних вправ, створюючи додатковий потенціал для розвитку дитини. Релаксація може проводитися на початку, в середині, а з метою інтеграції отриманого досвіду – у кінці уроку.

Також під час уроку проводяться фізкультхвилинки, які включають окорухові вправи, вправи на розвиток міжпівкульної взаємодії, вправи на загальну та дрібну моторику.

Під час перерви та / або на прогулянці релаксація використовується з метою зняття психоемоційної напруги та відновлення сил. Учням рекомендується прийняти зручне положення тіла, розслабитись і, заплющивши очі, виконати кілька циклів глибокого дихання. Прослуховуючи відповідну музику, бажано візуалізувати (уявляти) кольори або образи. Доречно використовувати просторові вправи, комунікативні ігри та ігри на регуляцію руху, а також ігри на свіжому повітрі (влітку – до 20, а взимку – до 10 хвилин).

Таким чином, застосування прийомів та завдань методу нейрокорекції сприяє в організації діяльності закладу з інклюзивною формою навчання підвищенню працездатності та формуванню довільного контролю усіх учасників навчального процесу, а для дітей, що мають особливі освітні потреби, – поліпшенню й оптимізації інтелектуальних процесів (пам'яті, уваги, мовлення, просторових уявлень, дрібної і загальної моторики), а також зниженню стомлюваності, оскільки технології нейрокорекції мають накопичувальний ефект.

Список використаних джерел:

1. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития в детском возрасте. Москва, 1999, с.16.
2. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах в детском возрасте. Глава в кн. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. Ред. Ю.С.Шевченко, СП, 2003, с.465-490.
3. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. Питер, 2008, с.242-260.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.,2002, с.175.

УДК 376.112.4

Івашура Наталія

викладач кафедри корекційної освіти

та спеціальної психології

КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»

Харківської обласної ради,

дефектолог КУ «Новопокровський

інклюзивно-ресурсний центр»

м.Харків, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ ФАХІВЦЯ РЕАБІЛІТОЛОГА З ДИТИНОЮ З ООП ПІД ЧАС КОМПЛЕКСНОГО ОБСТЕЖЕННЯ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОМУ ЦЕНТРІ

Найдієвіша сила, що розвиває рух і філософію інклюзії у світі - це батьки та самі люди з інвалідністю. І саме завдяки цій силі Україна з кожним роком стає все більш доступною, відкритою і не тільки у сфері освіти, інклюзія розкриває широкі можливості.

Розвиток інклюзивної освіти в Україні мав активну політичну підтримку, що дозволило створити сильну законодавчу базу та забезпечити державні субвенції для розвитку доступності освіти для дітей з ООП.

Завдяки вітчизняним вченим і дослідникам у сфері освіти стали можливі для втілення ідеї доступності освіти для всіх. Фундаментальними дослідженнями у сфері спеціальної та інклюзивної освіти займалися такі вчені як В. Бондар, Д. Шульженко, А. Колупаєва, Т. Скрипник, Н. Софій та Т.Сак, процесам розвитку інклюзивної освіти в дошкільних закладах приділяли увагу І.Білецька та О.Завальнюк, питаннями підготовки асистентів вчителів займалися такі науковці як Н. Дятленко, Н. Софій, О. Мартинчук, Ю. Найда, обґрунтуваннями освітньої основи реабілітології переймаються А.Шевцов, А. Заплатинська, питаннями роботи з батьками, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (ООП) переймаються І. Білозерська, В. Засркова, Н. Сабат, О. Таранченко, О. Семко та інші.

Завдяки формуванню позитивного ставлення до інклюзії, яке необхідно безумовно продовжувати через просвітницьку діяльність, налагодження взаємозв'язків державних діячів, громади, навчальних закладів та розуміння необхідності враховувати та якісно адаптуватися до індивідуальних особливостей дітей народилася нова структура, Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ).

Саме ця нова юридична одиниця стала сполучною ланкою між навчальними закладами та батьками, які бажають навчати своїх дітей з ООП в інклюзивному середовищі.

ІРЦ мають у своїй основі саме соціальний підхід, а тому не мають у своїй команді медичних працівників. Соціальний підхід заснований на тому, що у центрі всієї діяльності ІРЦ є дитина, її особливі освітні потреби, надання психолого-педагогічного супроводу.

Діяльність Інклюзивно-ресурсного центру забезпечують такі педагогічні працівники: вчителі-дефектологи (олігофренопедагоги, сурдопедагоги, тифлопедагоги), вчителі-логопеди, вчителі-реабілітологи, практичні психологи. Саме ці фахівці можуть проконсультувати та надати специфічні знання в питаннях організації супроводу дитини з ООП в навчальному закладі.

Функціонування ІРЦ базується на головній цілі - забезпечення права дитини на освіту, і для досягнення цієї цілі виконуються наступні завдання:

- проведення комплексної оцінки (оцінка фізичного розвитку дитини, оцінка мовленнєвого розвитку, оцінка когнітивної сфери, оцінка емоційно-вольової сфери, оцінка освітньої діяльності);

- підготовка висновку та розроблення рекомендацій щодо освітньої програми (визначається наявність/відсутність особливих освітніх потреб; потреба в асистенті вчителя, асистенті дитини; визначається обсяг надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг дитині; надаються рекомендації щодо освітньої програми дитини та потреби в індивідуальній програмі розвитку);

- консультація батьків стосовно мережі закладів освіти та надання консультативно-психологічної допомоги, проведення бесід з батьками з метою формування позитивної мотивації щодо розвитку дітей з ООП. [1]

Ми хотіли б зупинитися на проведенні комплексної оцінки та участі в ній фахівця реабілітолога.

Комплексна психологічна та педагогічна оцінка (КО) розвитку дитини - містить наступні процеси: збір та інтерпретацію кількісної та якісної інформації про характеристики розвитку дитини для визначення його особливих освітніх потреб, рекомендації по розробці навчального плану для подальшого створення "Висновку", в якому крім оцінки конкретних сфер, зазначено

як організувати освітнє середовище, корекційно-розвивальні послуги відповідно до потреб дітей.

Вчитель-реабілітолог має ознайомитися з даними про дитину з заяв батьків для попереднього підбору методик та інструментарію, який необхідно використати.

Наприклад, враховуючи можливу невідповідність розвитку паспортному віку дитину, обираються іграшки та певні тестові листи.

Аналізуючи досвід практичної діяльності реабілітолога, хочемо зазначити про необхідність врахувати різні прояви поведінки (гіперактивність чи небезпечна сміливість під час виконання вправ з лазіння), та, наприклад, за необхідності, домовитися з колегою-учасником КО про допомогу при фіксації даних під час обстеження.

В процесі реалізації індивідуального підходу в навчальних закладах необхідно дотримуватися принципів універсального дизайну, будь то архітектурна доступність або процес навчання, і саме рекомендації реабілітолога є ключовими.

Під час комплексного обстеження реабілітолог проводить певне опитування батьків, практичні вправи з дитиною та спостереження. Фахівець виявляє важливі аспекти раннього фізичного розвитку дитини, проводить оцінку загальної моторики, використовуючи за індивідуальною потребою візуальний розклад та звісно емоційне підбадьорювання дитини.

Вкрай важливим під час роботи реабілітолога є звернути увагу батьків на розуміння дитиною інструкції та точність виконання, стан та особливості розвитку сенсорних сфер (тактильне відчуття, пропріоцепцію, вестибулярні відчуття та ін.)

Оцінивши особливості просторового праксису, кінестетичного та динамічного праксису, фахівець реабілітолог надасть батькам та педагогічним працівникам закладів не просто інформацію, яка дозволить адаптувати процес навчання, але значно покращить рівень функціональності дитини.

Задачі які перед собою ставить вчитель-реабілітолог надзвичайно важливі, оцінка та рекомендації стосуються розширення можливостей організму дитини (центральної нервової системи, серцево-судинної, дихальної та інших систем), подоланню слабкості окремих м'язових груп і загальної м'язової гіпотонії, поліпшенню м'язово-суглобового відчуття, тактильних відчуттів та формуванню вестибулярних реакцій, розвитку координації рухів, спритності, формування культурно-гігієнічних та ін.

На наш погляд, саме присутність реабілітолога в команді фахівців ІРЦ забезпечує комплексний підхід, дозволяє сформулювати чітко поставлені функціональні цілі, створити умови для розвитку в навчальному закладі та в повсякденному житті дітей та підлітків з ООП.

Ми сподіваємося, що незабаром вступлять в силу ініційовані зміни в Положенні про роботу інклюзивно-ресурсних центрів, і буде знято вікове обмеження, яке дозволяло приймати на комплексне обстеження лише осіб до 18 років.

Такі зміни дозволять фахівцям проводити роботу з підлітками з ООП, які бажають продовжити своє навчання після школи і отримати якісну підтримку та рекомендації щодо супроводу і адаптації в програмі. Це дозволить нарешті охопити інклюзією всю систему освіти, а головне дасть молодим людям з інвалідністю шанс на професійну реалізацію та самостійність, заради якої так багато зусиль вже вкладено в розвиток інклюзії.

Список використаних джерел:

1. Заплатинська, А. Б. Нейропсихологічні основи укладання програми комплексної абілітації для дітей раннього віку / А. Б. Заплатинська // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 :

- Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. Київ. 2017. Вип. 34. С. 33-37.
2. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навчально методичний посібник / А.А. Колупаєва, Н.З. Софій, Ю.М. Найда та ін.; за заг. ред. Л.І. Даниленко. Київ, 2007. 128с.
 3. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник. За заг.ред. М.А. Порошенко та ін. Київ, 2018. 252 с.
 4. Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник:/ за заг. ред. Колупаєвої А. А. Київ, 2012. 308 с
 5. Шевцов, А.Г. Освітні основи реабілітології. МП Леся. Київ, 2009. 484 с.

УДК: 37.043.2 - 053.6 - 056.29 (043).

Ільченко Оксана,
доцент кафедри корекційної
освіти та спеціальної психології
Комунальний заклад «Харківська
гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради
(Харків. Україна)

ОСВІТА ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

На сьогоднішній день в Україні інклюзивному навчанню приділяється велика увага. З кожним роком кількість дітей з особливими освітніми потребами стрімко зростає. Наприклад, за статистикою 5-7% дітей у нашій країні страждають порушеними функціями рухової сфери, носять як вроджений, так і набутий характер. Особливе місце в системі освіти молодших школярів з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) займає інклюзивна освіта [1].

Відхилення в розвитку у дітей з патологією опорно-рухового апарату відрізняються значною поліморфією і дисоціацією у ступені прояву різних порушень. Виділяють такі види патології опорно-рухового апарату:

I. Захворювання нервової системи:

- дитячий церебральний параліч (ДЦП);
- поліомієліт.

II. Вроджена патологія опорно-рухового апарату:

- вроджений вивих стегна;
- кривошия;
- клишоногість та інші деформації стоп;
- аномалії розвитку хребта (сколіоз);
- недорозвинення і дефекти кінцівок;
- аномалії розвитку пальців кисті;
- артрозгрипоз (вроджене каліцтво).

III. Набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату:

- травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок;
- поліартрит;

- захворювання скелета (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт);
- системні захворювання скелета (хондродистрофія, рахіт).

Попри всю різноманітність уроджених і рано набутих захворювань і пошкоджень опорно-рухового апарату у більшості цих дітей спостерігаються подібні проблеми. Провідним у клінічній картині є руховий дефект (затримка формування, недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій).

Більшу кількість дітей з порушеннями опорно-рухового апарату складають діти з церебральними паралічами (89%) [2]. Найбільш гостро стоїть проблема створення спеціальних умов перед освітніми закладами, що беруть до навчання дітей із складними і множинними порушеннями.

Особливих умов життя потребують всі діти, а також вони мають право на належне навчання та подальшу трудову діяльність. У їх соціальній адаптації визначаються два напрямки. Першочерговим завданням є пристосування дитини до навколишнього середовища. Для цього існують спеціальні технічні засоби пересування, предмети побуту, пандуси, з'їзди на тротуарах. Другий спосіб адаптації дитини з руховим порушенням – пристосувати її саму до звичайних умов соціального середовища розвитку, у тому числі дітей з порушеннями опорно-рухового апарату [5].

Інклюзивна освіта – це процес навчання і виховання, при якому усі діти, незалежно від їх фізичних, психічних, інтелектуальних та інших особливостей, включені у загальну систему освіти. Це порівняно нова галузь педагогічного знання, що привертає увагу не тільки фахівців, а і громадськість. Розвиток цього напрямку як сучасної педагогічної науки і освітньої практики обумовлено самою суттю процесів демократизації і гуманізації соціального життя, прагненням створити суспільство, в якому культивуються шанобливе ставлення до особистості, захист гідності і прав кожної людини.

Будь-яка людина має потребу в освіті, що створює для неї можливість саморозвитку і самореалізації як єдності тілесного, духовного розвитку. Це може бути забезпечено тільки у процесі постійного діалогу та активної взаємодії людини з соціумом, включенням у культуру протягом усього життя і діяльності.

Таким чином, освіта для всіх і для кожного є одним з актуальних викликів сучасності. Вона вимагає створення максимально доступного і ефективного освітнього простору, котрий буде організований з урахуванням усіх індивідуальних особливостей учнів і включення в нього не тільки учнів, а й вчителів, батьків і фахівців.

Діти з особливим освітніми потребами відвідують загальноосвітні школи за місцем проживання разом зі своїми однолітками з нормою розвитку, при цьому враховуються їх особливі освітні потреби. Крім того, їм надається спеціальна підтримка. В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, що виключає будь-яку дискримінацію дітей – забезпечується рівне ставлення до усіх людей, але створюються особливі умови для дітей з особливими освітніми потребами.

Важливою компетенцією вчителя, необхідної для реалізації процесу включення дитини з особливими освітніми потребами, названо вміння складати спільно з іншими фахівцями програму індивідуального розвитку дитини і відстежувати динаміку розвитку дитини. Педагог «школи для всіх» має приймати будь-яку дитину з особливостями дитини та освітніми потребами, володіти інклюзивними психолого-педагогічними технологіями, необхідними для роботи з різними учнями.

Часткове включення у загальноосвітні школи підходить для дітей з руховою патологією середньої складності та враженості астенічних проявів. Можливо проводити частину уроків на дому, а частина у школі. Для цього варіанту навчання необхідні наступні умови:

- наявність обладнання: робоче місце (стіл, стілець, спеціальні пристосування для письма);
- дотримання ортопедичного режиму і режиму охорони зору;
- дозування інтелектуальних і фізичних навантажень;
- психологічний супровід;
- підвищення кваліфікації педагогів школи.

Повне включення у загальноосвітні школи можливе для дітей з легкою руховою патологією і з нормальним інтелектом, дітей з руховою патологією середньої тяжкості і з нормальним інтелектом, а також для дітей з руховою патологією і з розбірливим мовленням. Бажано, щоб учитель, у якого навчається така дитина, отримував рекомендації від лікаря з дозування навантажень і дотримання рухового режиму. При наявності мовленнєвих порушень дитина повинна отримувати логопедичну допомогу. Корекцію порушень психічних функцій може вести шкільний психолог, з огляду на специфіку проблем психічного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Включення дитини з порушенням опорно-рухового апарату буде успішно за умови або при наявності:

- обліку психофізичних особливостей дітей з руховою патологією;
- спеціально пристосованої будівлі;
- спеціальних меблів;
- спеціальних пристосувань для навчання;
- дотримання ортопедичного, рухового режиму та режиму навантажень.

Потужний резерв включення складають позакласні заходи. На сучасному етапі сформувати толерантне ставлення дітей, які мають норму розвитку до дітей з порушеннями опорно-рухового апарату можна завдяки даному виду діяльності. Педагогу слід систематично організовувати спільну діяльність дітей з руховою патологією та їх однолітків з нормальним розвитком.

Перед тим, як дитина з руховими порушеннями почне навчатися в загальноосвітньому класі необхідна попередня робота з однолітками, які мають норму розвитку. Учитель повинен розповісти про сильні сторони характеру, позитивні якості особистості дитини з особливими освітніми потребами, розкрити світ її захоплень. Одночасно у тактовній формі педагог повинен пояснити учням, що не можна зосереджувати увагу на порушеннях розвитку дитини, тим більше дражнити і ображати її. Навпаки, необхідно надавати дитині посильну допомогу та підтримку, проявляти терпіння при уповільнених відповідях та інших ускладненнях [3].

Таким чином питання інклюзії дітей з опорно-руховими порушеннями має вирішуватися з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини, а також можливостей загальноосвітнього закладу.

Список використаних джерел:

1. Інклюзивна освіта від А до Я: poradnik для педагогів і батьків. Укладачі Н. В. Заєркова, А. О. Трейтяк. К., 2016. – 68с.
2. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 8. К.: Наук. світ, 2006. с. 85–88.

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

4. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник. Рівне, 2016. 141 с. Друге видання.

5. Шикунова Л. О. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата. URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2013/03/21/deti-s-narusheniem-oporno-dvigatel'nogo-apparata> (дата обращения: 27.02.2019).

УДК 796.035+615.82

Ілюха Лідія,

кандидат біологічних наук, доцент кафедри анатомії, фізіології та фізичної реабілітації Черкаський національний Університет імені Б. Хмельницького
м. Черкаси, Україна

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТАКОГО ПІДХОДУ

Актуальність дослідження. Постава має велике значення для людини, особливо в період росту й формування скелета, а тривалі порушення положення тіла, що призводять до деформації хребта, грудної клітки, сприяють прояву сколіотичної хвороби.

У нашій роботі ми зупинилися на дослідженні патології грудної клітки, а саме кілевидної деформації. Кілевидна деформація грудної клітки (КДГК) – це вроджений вид аномалії розвитку, який характеризується випинанням вперед грудини і поєднаних з нею ребер. За даними М.А. Kuhn и D. Nuss (2011) кілевидна грудна клітка зустрічається значно рідше лійкоподібної і становить від 5% усіх вроджених. А от, І.А. Комісаров та ін. (2011) відмічають, що дана патологія зустрічається у 8% випадків. Також відмічається, що кілевидна деформація грудної клітки зустрічається у хлопчиків, в середньому, в три рази частіше, ніж у дівчаток [1]. E.W. Fonkalsrud, S. Beanes (2001), вказують, що кілевидна деформація грудної клітки це не лише косметична проблема, а комплекс функціональних змін: у 94,4% обстежених знижена життєва ємкість легень, у 54% - часті респіраторні захворювання, бронхіальна астма – у 26,6%, дискомфорт і біль в області грудей відчувають 42,2%, а у 2,2% - спостерігаються легеневі зміни, що потребують додаткової оксигенації. Еластичність і толерантність до навантаження грудної клітки при цьому знижені [2].

Нині деформації грудної клітки лікуються консервативно і оперативно. Але у комплексному лікуванні широко застосовують методи фізичної реабілітації, які на жаль, недостатньо вивчені, і тому питання фізичної реабілітації дітей 3 – 5 років із цією патологією, є актуальними.

Мета дослідження – на основі огляду літературних джерел та власного досвіду скласти програму фізичної реабілітації для дітей 4 – 5 років із деформацією грудної клітки та оцінити її ефективність.

Виклад основного матеріалу дослідження. До сьогодні етіологія та патогенез КДГК повністю не вивчені, однак на даний час ряд авторів вважають доведеним, що причиною формування деформації грудної клітки є дисгістогенез гіалінового хряща (дисхондрогенез, хондродисплазія), що приводить до випереджаючого росту ребер [3, 4]. Перші прояви деформації грудної клітки проявляються в 5-6 річному віці, і надалі прогресують до 10-12 річного віку.

Однак, у випадку вродженої патології, стосовно нашого дослідження, даний діагноз встановлений майже з народження, остаточно діагностований у 3-річному віці. Деформація грудної клітки приводить до змін хребта, і до 10-річного віку ці зміни стають фіксовані, що в свою чергу викликає торако-діафрагмальний синдром. Ці процеси ведуть до суттєвих змін кістково-м'язової системи, зменшують об'єм грудної клітки, що в свою чергу визначає характер серцево-судинної системи. Функціональні дослідження пацієнтів з КДГК в перші роки життя найчастіше не виявляють будь-яких відхилень від вікової норми. Але в більш пізньому віці у таких хворих проявляються функціональні зміни, обумовлені зменшенням рухливості грудної клітки [5].

Для оцінки фізичного розвитку ми використовували різноманітні індекси, які розраховуються як відношення між різними антропометричними показниками, за допомогою математичних формул.

Перевагами методу індексів є те, що він дозволяє дати оцінку фізичному розвитку дітей і підлітків у широкому віковому діапазоні. А також прослідкувати за динамікою показників фізичного розвитку дитини, охарактеризувати темпи розвитку та визначити на ранніх стадіях відхилення від норми. (Смоляр 2014) [6].

Параметри грудної клітки розраховували за емпіричними формулами (Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г.)

Індекс Пінье – дозволяє визначити статуру дитини. Якщо значення даного індексу становить 10 - 20, то статуру дитини прийнято вважати нормальною, від 21 до 25 – середньою, від 26 -30 – слабою, і від 31 дуже слабою. У 4 роки Індекс Пінье становить 35,2, що вказує на дуже слабку статуру тіла, однак за рік Індекс Пінье нашого досліджуваного, знизився, що вказує на позитивну тенденцію.

Індекс Ф.Ф. Ерісмана (ІЕ), характеризує розвиток грудної клітки дитини і частково її органів. Для дітей 4 років цей показник знаходиться в межах $+ 9 - + 4,5$ (з віком він зменшується). Якщо отриманий результат нижче норми або якщо він негативний, це вказує на значне зменшення об'єму грудей або на збільшення довжини тіла. За нашими дослідженнями Індекс Ф.Ф. Ерісмана дорівнює $+ 0,5$, що вказує на достовірні відхилення від норми, та на неправильний розвиток грудної клітки. Однак, даний показник протягом року впливу реабілітаційного комплексу набуває позитивного значення, що в свою чергу підтверджує правильність методики ЛФК.

З метою дослідження функціонування органів грудної порожнини були проведені обстеження ЕКГ та спірометрії.

За результатами ЕКГ встановлено діагноз – синусова аритмія.

Індивідуальну оцінку ЖЄЛ проводили, розраховуючи життєвий індекс – показник, що характеризує можливості дихального апарату людини – в нормі даний показник повинен дорівнювати 65 – 70 мл/кг. За нашими даними дослідження життєвий індекс становить 57,9 мл/кг, що достовірно нижче норми.

Типовим симптомом кілевидної деформації є парадоксальне дихання, що проявляється западанням грудини і ребер на вдиху. Такий тип дихання характерний тим, що легені на вдосі

розширюються незначно і заповнюються лише верхні їх частки. Також, проходить перевтома дихальних м'язів.

Дихальна гімнастика при деформації грудної клітки у дітей сприяє виправленню форми кістково-м'язового каркаса, нормалізації роботи серця і легень.

Нами запропоновано вправи для дихальної гімнастики.

Комплекс вправ дихальної гімнастики:

- Вправа на затримку дихання.
- Вправа на грудне дихання.
- Вправа на розширення грудної клітини.

Окрім дихальної гімнастики, дітям з деформацією грудної клітки дуже корисно виконувати вправи для розвитку грудних м'язів, які допоможуть уповільнити деформацію і навіть зупинити її, крім того, розвинений м'язовий каркас візуально виправить косметичний дефект.

Всі фізичні вправи спрямовані на вирішення наступних завдань:

- Збільшити рухливість і гнучкість хребта і грудної клітки.
- Розтягнути усі укорочені структури.
- Зміцнити м'язи для більш амплітудного ходу грудної клітини.
- Відновити нормальну поставу.

Гіпотонічний м'яз при деформації грудної клітки погано реагує на динамічне навантаження рухів м'яза-антагоніста, що приводить до компенсаторної гіперактивності інших м'язів. За допомогою спеціальних гімнастичних вправ, масажу вдається вирішити цю проблему і запобігти подальшій деформації кісток.

Рекомендуємо застосовувати:

- Погладжування.
- Розтирання.
- Розминка.
- Вібрація.

Тривалість процедури - 15-20 хв. Курс лікування - 12-15 процедур.

Лікувальне плавання у дітей з деформацією грудної клітки та сколіозом, забезпечуючи природне розвантаження хребта з одночасним тренуванням м'язів, входить в комплекс реабілітаційних заходів поряд із лікувальною гімнастикою та масажем.

У нашій роботі, плавання застосовується з метою розслаблення м'язів та навчання плаванню – застосовували підготовчі вправи:

- Занурення.
- Занурення з головою, відкрити очі у воді.
- Тримаючись за поручні, зробити глибокий вдих і повний, рівномірний, тривалий видих у воду.
- Знаходитись у воді без опори.
- Поєднання рухів рук, ніг з диханням.

Отже, слабо виражена деформація грудної клітки у дітей зазвичай не впливає на їхнє здоров'я, особливо якщо своєчасно вживати заходів щодо виправлення дефекту: займатися з дитиною дихальною гімнастикою, привчати її до занять спортом. І навіть якщо ступінь деформації висока, медицина пропонує ефективні способи повного усунення дефекту, починаючи від високотехнічних компресійних пристроїв і закінчуючи сучасними операціями з мінімальним втручанням.

Список використаних джерел:

1. Комиссаров И. А., Комолкин И. А., Афанасьев А. П. Деформации грудной клетки у детей. *Педиатрия*. 2010. Т. 1, № 1. С. 63-66.
2. D. Nuss, R. E. Kelly Jr, D. P. Croitoru, M. E. Katz (1998) A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum *Pediatr Surg*. 1998 Apr;33(4):545-52. doi: 10.1016/s0022-3468(98)90314-1.
3. Баиров Г. А., Фокин А. А. Килевидные деформации грудной клетки. *Вестник хирургии им. Грекова*. 1983 т. 130, № 2, с. 89-94.
4. Шульга Д. И., Лойко Е. Е., Сасюк А. И. Врожденные деформации грудной клетки у детей не только косметическая проблема. *Вестник физиотерапии и курортологии*. 2011. № 3. С. 118.
5. Виноградов А.В., Фищенко П.Л., Сологубов Е.Г., Босых В.Г. Деформации грудной клетки, как фактор риска развития заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2003. Том 2. приложение 1. С 62.
6. Смоляр С. Н., Царева Л. В., Мулин В. В. Средства и методы контроля физического развития и комплексной подготовленности студентов: уч. пособ. Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2014. 79 с.

УДК 376-056.34

Калініна Тетяна,

канд. психолог. н., доцент кафедри

корекційної освіти та спеціальної психології

КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»

Харківської обласної ради

(м. Харків Україна)

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Останнім часом завдання підготовки дітей до шкільного навчання займає одне з важливих місць у розвитку уявлень психологічної науки. Успішне вирішення завдань розвитку особистості дитини, підвищення ефективності навчання, сприятливе професійне становлення багато в чому залежить від того, наскільки вірно враховується рівень підготовленості дітей до шкільного навчання.

Варіативність видів затримки психічного розвитку (ЗПР) та різних нервово-психічних порушень, які можуть їх супроводжувати, породжує проблему науково обґрунтованої організації психолого-педагогічного освітнього простору, яке було б адекватно специфіці індивідуального розвитку дитини (І. Мамайчук, В. Нікішина, Л. Прохоренко, Т. Сак, М. Семаго, Н. Семаго, У. Ульяновка та інші). Проблемою затримки психічного розвитку займаються багато фахівців: лікарі, педагоги-дефектологи, психологи, соціальні працівники. Більшість досліджень у спеціальній психології та педагогіці присвячено проблемам навчання та виховання дітей із ЗПР у дошкільний і початковий період [5].

Діти із ЗПР, за даними наукових досліджень, відчувають адаптаційні труднощі переходу від дошкільної до початкової освітньої ланки. Особливо загострюються труднощі дітей із ЗПР у передкризові й кризові періоди: якщо в дошкільному віці корекційно-розвиткові завдання не були вирішені на належному рівні, то з новою силою вони заявляють про себе вже в початковій школі. Загальнотеоретичні положення досліджуваної проблеми були розроблені в наукових

працях Л. Божович, Л. Виготського, І. Дубровіної, Д. Ельконіна, Г. Костюка, О. Леонтєва.

Процес адаптації дитини із затримкою психічного розвитку до початкової школи представляє складну теоретичну і практичну проблему. Особливої актуальності набуває робота психолога з дошкільниками із ЗПР, які закінчують заклад дошкільної освіти. Це пов'язано з тим, що при переході з дошкільного закладу до початкової школи відбувається зміна соціальної ситуації розвитку, що ускладнює вимоги до адаптаційних можливостей дошкільників, у поєднанні з несподіваними, якісними перетвореннями, які стосуються всіх сторін розвитку особистості дітей, зазначають необхідність організації спеціальної допомоги, психологічної підтримки дітей на цьому етапі.

Формування та розвиток особистості дошкільника із затримкою психічного розвитку в період закінчення дошкільного закладу і переходу на початковій щабель шкільного навчання, є актуальними питаннями спеціальної психології, які недостатньо представлені в сучасних наукових дослідженнях.

Практичний психолог, спостерігаючи, вивчаючи і вирішуючи ті чи інші особистісні проблеми дошкільників із ЗПР, стикається з цілим рядом складних і неоднозначних питань. Одне з першочергових завдань психолога на етапі перехідного періоду – це адаптація дітей в новому соціально-педагогічному середовищі; створення умов для ефективного пристосування до нової ситуації і допомога дітям, що зазнають різноманітних труднощів у виробленні адаптивного стилю поведінки [1].

Зниження адаптації дитини в перехідні періоди розвитку означає, що багатьох проявів дезадаптації можна уникнути (частково або повністю), якщо в стабільний період попереднього розвитку, тобто в дошкільному віці, цілеспрямовано формувати у дитини адаптаційні психологічні механізми. Цьому, на наш погляд, сприятиме психологічний супровід дошкільників із ЗПР. Таким чином, виникає необхідність проведення спеціальної, цілеспрямованої роботи з підготовки дітей із ЗПР до переходу в початкову школу. Цьому, на наш погляд, сприятиме психологічний супровід дошкільників із ЗПР.

Проблема психологічного супроводу, його різноманітні теоретичні та методичні аспекти розглядалися в роботах сучасних учених (Е. Александровська, Л. Гречко, І. Дубровіна, Є. Клопота, В. Кобильченко, А. Лідерс, М. Малофєєв, Т. Скрипник, Г. Соколова, Н. Софій, О. Хохліна та інші). Значне місце в цих дослідженнях відводиться механізмам, напрямам, видам, способам й умовам надання психологічної допомоги й підтримки.

Основною метою психологічного супроводу дошкільників із ЗПР є створення максимально комфортних умов перехідного періоду, які дозволяють повною мірою реалізувати здібності та нахили дитини, сформувані успішність, високу адекватну самооцінку й прагнення до самореалізації. Тобто, психологічний супровід має забезпечувати умови для емоційного благополуччя та повноцінного психічного та особистісного розвитку дитини із ЗПР в новій соціальної ситуації, при переході в початкову школу, допомога в адаптації до нових умов життєдіяльності, попереджувати виникнення психологічних проблем. Крім того, психологічний супровід передбачає своєчасне виявлення труднощів у психосоціальному розвитку дитини, визначення умов та засобів їх корекції, й профілактики [4].

Пошук найбільш ефективних шляхів наступності між дитячим садком і школою передбачає виявлення і усунення причин, що породжують у дітей труднощі при переході з однієї освітньої ступені в іншу

Наші спостереження показують, що в здійсненні наступності в роботі дитячого садка і початкової школи є істотні недоліки, які ускладнюють процес адаптації до шкільного життя.

По-перше, в школі недостатньо враховується рівень готовності дитини із ЗПР до

оволодіння шкільним матеріалом. У дітей із ЗПР відсутні такі важливі показники готовності до навчання – сформованість відносно стійкого ставлення до пізнавальної діяльності; достатність самоконтролю на всіх етапах виконання завдання; мовленнєва саморегуляція.

По-друге, рівень освітньої роботи з дітьми із ЗПР в дошкільних закладах не завжди відповідає вимогам шкільного навчання. Педагогами дошкільних закладів і шкіл не приділяється належної уваги забезпечення єдності організаційної, методичної та виховної роботи дитячого садка і школи.

На наш погляд, психологічний супровід наступності розвитку дітей на етапі переходу із закладу дошкільної освіти в початкову школу є оптимальною організаційною формою для створення прийнятних умов безболісного і плавного переходу дітей із ЗПР з одного освітнього закладу до іншого [2].

Під психологічним супроводом наступності розвитку дітей під час переходу з дитячого садку в початкову школу, ми розуміємо систему організаційних, методичних, дослідницьких і розвивальних заходів для дітей, педагогів, вихователів, адміністрації та батьків, спрямованих на оптимальний розумовий та особистісний розвиток дітей із ЗПР.

Основними завданнями роботи по психологічному супроводу наступності розвитку дітей із ЗПР є:

- 1) створення єдиного освітнього простору, що об'єднує дітей, педагогів, вихователів та батьків;
- 2) побудова здоров'язберігаючого освітнього середовища;
- 3) координація і спільна розробка змісту навчання і виховання;
- 4) створення сприятливих умов для інтелектуального і особистісного розвитку школярів.

Система роботи по психологічному супроводу має цілісний характер, її реалізація здійснюється в три етапи.

Перший етап передбачає психологічний супровід формування готовності дітей із ЗПР в дошкільному навчальному закладі до навчання в початковій школі.

На *другому етапі* здійснюється психологічний супровід адаптації дітей із ЗПР до умов навчання в початковій школі.

Третій етап передбачає супровід розвитку учнів із ЗПР в початковій школі. Психологічний супровід полягає в забезпеченні умов для максимального розвитку особистості кожної дитини із ЗПР.

Психологічний супровід як модель професійної діяльності психолога на етапі переходу дітей із дошкільного закладу в початкову школу має включати такі завдання: адаптація до нових умов, підтримка у вирішенні особистісних проблем і проблем соціалізації, формування життєвих навичок, допомога у побудові конструктивних відносин з дорослими та однолітками.

На основі розуміння причин, механізмів затримки психічного розвитку психологу необхідно розробити адекватні корекційні заходи для забезпечення максимальної соціально-психологічної адаптації дитини в навколишньому середовищі: визначення найбільш адекватних шляхів і засобів розвитково-корекційної роботи з дитиною; прогнозування розвитку дитини, враховуючи її особливості; створення програми соціалізації дитини, формуючи у неї здібності до встановлення соціальних контактів через спілкування, спільну діяльність тощо; реалізація власне психологічної розвитково-корекційної роботи протягом всього процесу розвитку [3].

Психологічна діяльність по створенню оптимальних умов, що сприяють розвитку дітей із ЗПР, повинна мати комплексний характер і включати всіх учасників освітнього простору: дітей, батьків, педагогів (вихователів) і адміністрацію навчальних закладів.

Успішність здійснення психологічного супроводу великою мірою залежить від

грамотності співпраці дітей, батьків, вихователів і педагогів, тобто, принципу партнерства та реалізації принципу індивідуального підходу в процесі навчання і виховання дітей дошкільного віку із ЗПР.

Таким чином, системний і комплексний психологічний супровід включає усі напрями діяльності психологічної служби та орієнтований на побудову освітнього середовища, оптимального для розумового та особистісного розвитку кожної дитини із ЗПР. Також важливою умовою підготовки цих дітей до школи є забезпечення наступності освітнього процесу.

Список використаних джерел:

1. Бабкіна Н. В. Психологическое сопровождение детей с ЗПР в общеобразовательной школе. Дефектология. 2006. № 4. С. 38 – 45.
2. Винокурова Г.А. Психологическое сопровождение учащихся с задержкой психического развития на этапе перехода в среднее звено школы Дефектология. 2004. № 6. С. 32 – 34.
3. Калініна Т.С. Організаційні аспекти діяльності психолога в роботі з молодшими підлітками із ЗПР Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: збірник наукових праць. К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2011. № 19. С. 260 – 264.
4. Кобильченко В. В. Психологічний супровід дітей дошкільного віку з порушеннями зору. Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2015. 205 с.
5. Сак Т. В. Диференційований підхід до навчання учнів з особливими освітніми потребами. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 26. С. 215 – 219.

УДК 376.353:795.017

Колишкін Олександр

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка
м. Суми, Україна

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Створення оптимальних умов для життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з оточуючим світом, успішного лікування, корекції та наступної психолого-педагогічної і фізичної реабілітації, соціально-трудової адаптації та інтеграції осіб з обмеженими можливостями, особливо дітей належить до першочергових державних завдань. Фізичне культура є одним з основних шляхів корекції порушень фізичного розвитку, рухової підготовленості, психомоторики, вольових якостей осіб з обмеженими можливостями, виховання рухової грамотності та залучення їх до трудової діяльності, самообслуговування, соціальної адаптації.

Останнім часом активно формується ідеологія адаптивної фізичної культури як самостійного наукового напрямку, основною метою якої є формування життєво та професійно важливих умінь та навичок, розвиток і вдосконалення фізичних та психологічних якостей осіб з обмеженими можливостями.

Адаптивна фізична культура покликана за допомогою раціонально організованої рухової активності як природного стимулу життєдіяльності, використовуючи функції, які збереглися, залишкове здоров'я, природні фізичні ресурси та духовні сили осіб з обмеженими можливостями, максимально наблизити психофізичні можливості та особливості організму до вимог суспільства [1; 4].

Головними складовими адаптивної фізичної культури (АФК) є адаптивне фізичне виховання, адаптивна рухова рекреація, адаптивний спорт та адаптивна фізична реабілітація. Протягом життя людини вони можуть використовуватись окремо, змінюватися, поєднуватися, ускладнюватися, тобто видозмінюватися з урахуванням віку, функціональних можливостей і потреб конкретної людини.

Важливу роль у вирішенні проблем корекції, реабілітації та соціальної інтеграції осіб з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП) в умовах сьогодення відіграють засоби адаптивного фізичного виховання, застосування яких дозволяє вирішувати завдання корекції рухових порушень і підвищення фізичної підготовленості осіб означеної нозології до оптимального рівня.

Максимальний розвиток життєздатності людини за допомогою засобів і методів фізичної культури, підтримка у неї оптимального психофізичного стану заохочує кожну особу з обмеженими можливостями до реалізації свого творчого потенціалу та досягнення визначних результатів, не тільки співвідносних із результатами здорових людей, але й таких, які перевищують їх. І першим кроком на цьому шляху може і повинна стати АФК, яка має великі можливості для корекції та вдосконалення моторики особи з обмеженими можливостями.

В адаптивному фізичному вихованні (АФВ) дітей, які страждають на ДЦП, розв'язуються загальноосвітні, корекційні та виховні завдання. Велике значення має розвиток у дитини мотивації, яка протягом зростання і розвитку виконує провідну роль у становленні рухових і психічних функцій. Вибір цілей і методів АФВ повинен індивідуалізуватися залежно від рівня розвитку психомоторних функцій дитини. АФВ проводиться з урахуванням онтогенетичного розвитку моторики:

- вертикалізація тіла з подоланням сили тяжіння;
- розвиток опорної здатності тіла;
- розвиток стійкості, рівноваги;
- формування довільної діяльності: виховання правильного стереотипу послідовного економного включення м'язів, оволодіння циклічними рухами (ходьба, біг, плавання, їзда на велосипеді), цілеспрямованих рухів у просторі, спритності.

Засобами вирішення корекційних завдань при ДЦП є фізичні вправи реабілітаційного і розвивального характеру. Розвивальними є такі педагогічні прийоми як розширення словникового запасу тих, що навчаються, засвоєння назв рухів і початкових положень, створення образних асоціацій, виконання дій і вправ за словесною інструкцією, запам'ятовування послідовності та комбінації вправ, аналіз виконання рухів, розрізнення рухів за темпом, обсягом, зусиллям та ритмом [5].

Організація фізкультурно-оздоровчої роботи в спеціальних дитячих садках і школах має свої особливості. Діяльність педагога відрізняється специфічністю, яка обумовлена характером захворювання дітей. Вчителю фізичної культури й керівнику з фізичного виховання необхідно знати методи й принципи послідовності формування рухових навичок у дитини з ДЦП. У першу чергу необхідно розвивати реакції випрямлення й рівноваги : тренування утримання голови; тренування поворотів тулуба; тренування повзання на четвереньках; тренування сидіння; тренування стояння; тренування ходьби [4].

Вправи на *корекцію постави* є обов'язковими в режимі рухової реабілітації дітей з наслідками ДЦП. Для нормалізації постави необхідно вирішувати такі завдання, як формування навички правильної постави, створення м'язового корсета (переважне укріплення м'язів черевного преса й розгиначів спини в грудному відділі хребта) та корекція наявних деформацій (кіфозу, сколіозу). ЛФК проводиться за методикою корекції порушень постави у фронтальній і сагітальній площинах і методиці сколіозу.

Серед засобів фізичної реабілітації дітей з наслідками ДЦП вагоме місце посідають вправи на *корекцію функції дихання*. При ДЦП дихання слабке, поверхнєве, рухи погано збігаються з диханням, порушено мовлення. У зв'язку з цим у дітей з ДЦП важливо правильно обрати вихідне положення для виконання вправ, тобто залежно від положення тіла змінюються й умови дихання.

Засоби фізичної реабілітації для дітей з наслідками ДЦП повинні бути спрямовані на *нормалізацію довільних рухів у суглобах верхніх та нижніх кінцівок*. Робота на суглобах верхніх та нижніх кінцівок починається із найпростіших рухів, з полегшених вихідних положень, у комбінації з іншими методами (масаж, теплові процедури, ортопедичні викладки та ін.). Необхідно добиватися поступового збільшення амплітуди руху в суглобах кінцівок, відпрацьовувати усі можливі рухи в кожному суглобі. При цьому можна використовувати вправи в опорі в комбінації з розслабленням та маховими рухами [3].

Доцільність *корекції сенсорних розладів* пов'язана із руховою недостатністю у дітей з наслідками ДЦП, яка обмежує маніпулятивно-предметну діяльність, ускладненим сприйняттям предметів на дотик, недорозвиненою зорово-моторною координацією. Для корекції сенсорних розладів необхідно розвивати всі види сприйняття, формувати сенсорні еталони кольору, форми, величини предметів, розвивати м'язово-суглобне відчуття, розвивати мовлення та вищі психічні функції (увагу, пам'ять, мислення).

Аномальний розподіл м'язового тонушу швидко призводить до розвитку контрактур і деформацій, гальмує формування мимовільної моторики. *Профілактику й корекцію контрактур* можна проводити як за допомогою фізичних вправ, так і за участі допоміжних засобів. Із вправ найбільш доцільні вправи на розслаблення, розтягування, потряхування, а серед допоміжних засобів, що сприяють збереженню правильного положення різних ланок тіла, використовуються лонгети, шини, тугори, коміри, валики, вантажі та ін. Їх використовують 3–4 рази на день, тривалість перебування в спецукладках залежить від важкості ураження й здатності переносити процедури. Ортопедичний режим слід чергувати з різноманітними видами лікувальної гімнастики для боротьби з контрактурами [2; 4].

Поряд із застосуванням засобів фізичної реабілітації для дітей з наслідками ДЦП необхідно використовувати *засоби для активізації їхніх психічних процесів і пізнавальної діяльності*. У психологічній корекції особливу увагу слід звернути на формування конструкторської діяльності, тому що в результаті удосконалюється сприйняття форми, величини предметів та їхніх просторових співвідношень. Важлива психокорекція пам'яті у зв'язку зі зменшенням обсягу пам'яті зорової, слухової та дотикової, а також формування наочно-образного мислення у процесі конструкторської й образотворчої діяльності. Крім того, необхідно проводити психологічну корекцію емоційних порушень і мовлення.

На початкових етапах АФВ у випадках важкого ступеня рухових порушень найбільш ефективним є індивідуальний метод взаємодії з особами, що займаються. Надалі разом з індивідуальним методом певного значення набуває індивідуально-груповий метод (групи по 3–6 осіб).

Заняття починається із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тону. Усі вправи, спрямовані на розвиток того або іншого руху, чергують із дихальними вправами. На основі загальнорозвивальних вправ проводяться вправи, що нормалізують м'язовий тонус, які нейтралізують патологічні (тонічні) рефлексії, досягають збільшення обсягу рухів у всіх суглобах. Заняття повинні нести максимальне позитивне емоційне забарвлення. Бажано їх проводити перед дзеркалом.

При всіх формах ДЦП обов'язкові вправи на розслаблення, нормалізацію й покращення рухової активності. За необхідності застосовуються вправи на подолання впливу тонічних рефлексіїв і патологічних співдружних або зайвих рухів, що затримуються.

При проведенні фронтальних занять із розвитку рухів та рухливих ігор *слід уникаати тривалого перебування дітей у тих самих позах*, не допускати тривалих пояснень завдань, тому що це стомлює дітей і знижує їхню рухову активність. Не слід також надмірно збуджувати дітей, тому що збудження зазвичай підсилює м'язове напруження й насильницькі рухи.

Адаптивне фізичне виховання дітей шкільного віку з наслідками ДЦП передбачає введення до розділу загальнорозвиваючих вправ корекційних вправ для корекції позотонічних реакцій, розслаблення м'язів, формування правильної постави, опороздібності, формування рівноваги, розвитку просторової орієнтації й точності рухів.

Серед основних вимог до уроків фізкультури виділяють поступове збільшення навантаження й ускладнення вправ; відповідність вправ можливостям учнів; застосування індивідуального підходу; раціональне дозування навантаження, не допускаючи перевтоми; забезпечення профілактики травматизму й страхування.

В процесі використання засобів адаптивного фізичного виховання для осіб з наслідками дитячого церебрального паралічу використовують інноваційні методи оздоровлення, а саме заняття в сухому басейні й на фітболах.

Сутність методики використання *сухого басейну* полягає в тому, що тіло дитини в басейні постійно перебуває в безпечній опорі, що особливо важливо для дітей з руховими порушеннями. У той же час у басейні можна рухатися, відчуваючи постійний контакт шкіри з кульками, що наповнюють басейн. Таким чином, відбувається постійний масаж усього тіла, стимулюється пропріоцептивна й тактильна чутливість. Дитина вільно рухається, змінює напрямок руху, позу, чергуючи діяльність з відпочинком, мимовільно регулюючи навантаження, задовольняє потребу в русі. Сухий басейн сприяє розвитку моторики, координації рухів, рівноваги, пропріоцептивної чутливості, усіх сенсорних систем.

Іншою формою заняття з дітьми, які мають наслідки ДЦП, є *фітбол-гімнастика* на великих пружних м'ячах. Фітбол сприяє гарній релаксації м'язів, а природня округлість м'яча може використовуватися для корекції різних деформацій хребта. Погойдування й вібрація на фітболі знижують патологічний м'язовий тонус і зменшують гіперкінези. Фітбол здійснює на організм оздоровчий, виховний, педагогічний й психологічний вплив.

При порушенні регуляції м'язового тону нормалізуючий вплив здійснює *плавання*: лежання на воді, ковзання, вправи у воді на розвиток рівноваги. Бідність виразності пластичних рухів рекомендують коригувати вправами, в яких надається відпочинок у різних вихідних положеннях, і вихованням активної уваги й гальмування при виконанні підготовчих вправ. Пересування у воді розвивають своєчасність рухів при переміщенні у просторі й подолання зовнішніх сил.

У багатьох країнах, у тому числі й в Україні, успішно зарекомендувала себе *іпотерапія* (лікувальна верхова їзда) – метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, адаптованим до можливостей дитини у навчанні верховій їзді.

У процесі занять іпотерпацією дитина, намагаючись утримати рівновагу, краще усвідомлює рух, вчиться координувати зусилля корпусу, рук і ніг. М'язи, які у звичайному житті не могли одержати адекватного навантаження, починають працювати. Відбувається не тільки корекція пози, але й рухової активності; гарні результати досягаються при гіперкінезах, коли зменшення обсягу й амплітуди рухів відбувається за рахунок вольових зусиль дитини.

Таким чином, використання засобів адаптивного фізичного виховання для осіб з наслідками дитячого церебрального паралічу активізують серцево-судинну й дихальну системи, діяльність шлунково-кишкового тракту, сприяють розвитку фізичних якостей, зменшують спастичку й гіперкінези, стимулюють функцію паретичних м'язів, сприяють збільшенню рухливості хребта й суглобів верхніх і нижніх кінцівок, створюють позитивний психоемоційний настрій. Значна кількість фізичних вправ дозволяє залучати великий арсенал засобів і методів адаптивної фізичної культури з метою соціалізації особи з наслідками дитячого церебрального паралічу, її саморозвитку, самовираження та самореалізації.

Список використаних джерел:

1. Евсеев С. П., Шапкова Л. В. Адаптивная физическая культура : учеб. пособие для высш. и сред. проф. учебн. завед. М. : Советский спорт, 2000. 239 с.
2. Колишкін О. В. Теоретико-практичні основи адаптивної фізичної культури: навч. посіб. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. 424 с.
3. Семенова К. А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией ДЦП. М. : Антидор, 1999. 384 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособ. / под ред. Л. В. Шапковой. М. : Советский спорт, 2004. 464 с.
5. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание. К. : Наукова думка, 2000. 358 с.

УДК 378.016: 376.1

Комарова Ирина, декан факультета педагогики и психологии детства учреждения образования «Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова», кандидат педагогических наук, доцент

г. Могилев, Республика Беларусь

Спирин Сергей, старший преподаватель кафедры педагогики учреждения образования «Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова», заместитель декана по научной работе факультета педагогики и психологии детства, исследователь педагогических наук

г. Могилев, Республика Беларусь

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА «ОСНОВЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» НА ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЯХ В УСЛОВИЯХ КЛАССИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Инклюзивное образование, являясь логическим продолжением системы интегрированного образования, предлагает новые, более совершенные подходы к организации образовательного процесса и взаимодействию с детьми.

Инклюзивное образование законодательно и нормативно закреплено как в зарубежной образовательной практике, так и в системе образования Республики Беларусь. Так, Концепция развития инклюзивного образования лиц с особенностями психофизического развития в Республике Беларусь [1] исходит из признания исключительной роли образования в становлении личности и ее социализации, важности инклюзивного образования для формирования инклюзивного общества, в котором особенности каждого его члена рассматриваются не как проблема, а как потенциал для развития, как особая ценность, придающая обществу многообразие и способствующая его совершенствованию. В Концепции определены основные цели, задачи, принципы и механизмы развития инклюзивного образования, направленные на наиболее полную реализацию права на образование для всех обучающихся на различных уровнях образования и обучение на протяжении всей жизни.

Инклюзивное образование, как образование «для всех», подразумевает обеспечение доступности, приспособление образовательной системы в целом и каждого отдельного учреждения образования к разнообразию особенностей и специфике образовательных потребностей каждого ребенка, в том числе, и детей с особенностями психофизического развития. Речь идет о создании наименее ограничивающего, наиболее развивающего «комфортного» для всех образовательного пространства каждого учреждения образования. Работа по его созданию связана с внесением изменений в функции образования как социального института, которое на современном этапе развития общества ориентировано на создание моделей обучения различных, но однородных по возможностям овладения содержанием образования в стандартных условиях групп детей.

Актуальность проблемы совместного обучения всех детей обусловлена, на наш взгляд, рядом факторов:

- реализацией принципа гуманизации образования, предполагающем взгляд на личность ребенка как на высочайшую ценность вне зависимости от ее особенностей и создание необходимых условий для её развития;

- обеспечением фундаментального принципа социальной политики государства в сфере образования, предполагающем свободу и право выбора каждым учащимся места и способа обучения, что для особенных детей означает возможность включения в обычный образовательный процесс;

- развитием инклюзивных процессов в обществе и образовании с целью расширения и углубления профессиональных компетенций педагогов, работающих в учреждениях основного образования.

На этапе профессионального становления будущего педагога следует создать оптимальные условия формирования его готовности и компетентности к работе с различными категориями детей в общем образовательном пространстве.

Учебная дисциплина «Основы инклюзивного образования» относится к циклу специальных дисциплин и содержательно связана с такими учебными дисциплинами как «Теория и практика специального образования», «Основы коррекционной педагогики», «Специальные методики дошкольного воспитания и обучения», «Специальные методики школьного обучения», «Основы методики коррекционно-развивающей работы» и другими учебными дисциплинами, раскрывающими содержание методики преподавания отдельных учебных предметов, воспитательной работы и социально-педагогического взаимодействия с семьей для студентов, обучающихся по специальностям «Дошкольное образование», «Логопедия», «Социальная педагогика».

Задачами учебной дисциплины «Основы инклюзивного образования» на педагогических специальностях классического университета являются:

- сформировать у будущих педагогов понимание сущности инклюзивных процессов в социальном сообществе и системе образования;
- обеспечить принятие студентами ценностей инклюзивного образования как основы инклюзивной педагогической культуры;
- сформировать у будущих специалистов инклюзивное педагогическое мышление, психолого-педагогическую и социальную готовность к работе с детьми с особыми образовательными потребностями в условиях основного образования;
- обеспечить овладение студентами компетенциями, позволяющими эффективно организовывать и реализовывать образовательный процесс в условиях инклюзивного образования, взаимодействовать с его участниками;
- обеспечить овладение будущими педагогами необходимыми компетенциями для решения задач социализации особенных детей в процессе совместной деятельности и общения, создание оптимальных условий для развития личности каждого ребенка.

Образовательным результатом овладения студентами содержанием данной учебной дисциплины являются следующие компетенции: академические (овладение знаниями и умениями по изучаемой дисциплине и готовность к их применению в решении практических задач), профессиональные (готовность и способность действовать в условиях инклюзивного образования), социально-личностные (способность и готовность принятия ценностей инклюзивного образования).

Содержание практических занятий и управляемой самостоятельной работы со студентами определяется в соответствии с характером изучаемого учебного материала и предполагает использование разнообразных активных форм работы: разработку приемов сопровождения участников инклюзивного образовательного пространства; написание эссе; проведения мини-исследований с презентацией полученных результатов; разработку диагностического инструментария; разбор педагогических ситуаций; выполнение игровых заданий для развития дидактических умений; разработку мини-кейсов; решение тестовых заданий; работу с нормативно-правовым материалом; составление глоссария и др. Разноуровневость предлагаемых заданий обеспечивается разнообразием форм, степенью творчества и самостоятельности студентов при их выполнении как индивидуально, так и малыми группами.

В целях повышения качества профессиональной подготовки будущих педагогов нами используются игровые обучающие ситуации как один из интерактивных методов обучения, которые мы рассматриваем как ситуацию, имитирующую определенный отрезок педагогической деятельности, в которой сочетаются как познавательные, так и игровые элементы.

Игровая обучающая ситуация выполняет одновременно следующие функции: гностическую (формирование профессиональных знаний); инструментальную (дальнейшее развитие профессиональных умений и навыков, развитие профессиональных способностей); социально-психологическую (обучение общению, корректировка профессионально-значимых качеств личности).

Учитывая функции игровых обучающих ситуаций и характер познавательной деятельности студентов мы разделили игровые обучающие ситуации на три группы: ролевые, моделирующие и познавательные.

Так, ролевые игровые обучающие ситуации направлены на создание максимально приближенных к реальным условиям ситуаций профессиональной деятельности, где будущий специалист отрабатывает профессиональные умения и навыки, приобретает новый опыт профессиональной деятельности. По форме организации нами были выделены такие ролевые игровые обучающие ситуации, как ролевые интервью, ролевые обсуждения и ролевые проигрывания. Практика показала, что ролевые игровые обучающие ситуации существенно повышают интерес студентов к овладению новыми специальными знаниями и их практическому применению; придают процессу обучения действенный мотивационный фон, содействуя тем самым формированию профессионализма будущих педагогов. Ролевые игровые обучающие ситуации не требуют специального времени, изменения учебного плана, они органически сочетаются с уже апробированными формами работы, являясь одним из интерактивных методов усвоения учебного материала.

Используемые нами в ходе лекционных и практических занятий моделирующие игровые обучающие ситуации стали внутренним организующим стержнем, вокруг которого накапливались и закреплялись знания профессионального характера. Сама логика осуществления моделирующих игровых ситуаций порождала потребность в новых профессиональных знаниях, связанных с воспитанием и обучением особенных детей.

Особый интерес у студентов вызвали познавательные игровые обучающие ситуации, цель которых заключалась в формировании и закреплении профессиональных знаний, умений и навыков, в дальнейшем развитии профессиональных способностей. В зависимости от количества участников мы разделили познавательные игровые обучающие ситуации на индивидуальные и групповые.

Использование игровых обучающих ситуаций в процессе лекционных и практических занятий курса «Основы инклюзивного образования» предоставляет студентам реальные возможности для решения трудных педагогических проблем; позволяет им быть активными участниками образовательного процесса; создает потенциально более высокие возможности для переноса профессиональных знаний, умений и навыков из учебной аудитории в опыт будущей профессиональной деятельности, обеспечивает поддержание творческой учебной среды, что способствует формированию их уровня профессионализма.

Таким образом, интерактивное обучение будущих специалистов значительно повысило уровень усвоения ими учебного материала; позволило освоить содержание и инновационные технологии инклюзивного образования; овладеть культурой управления коммуникацией и коллективной мыследеятельностью; развить экспертные и рефлексивные способности; качественно овладеть профессиональными функциями будущего педагога.

Список использованных источников:

1. Концепция развития инклюзивного образования лиц с особенностями психофизического развития в Республике Беларусь // Специальная адукацыя. - 2015. - № 5. - С. 3-10.

Кондрахіна Тетяна,
вчитель-реабілітолог Інклюзивно-ресурсний
центр по Вознесенівському району міста
Запоріжжя департаменту освіти і науки
Запорізької міської ради
м. Запоріжжя, Україна

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КІНЕЗІОТЕЙПІНГУ В ДІТЕЙ 8-10 РОКІВ З ПЛОСКО-ВАГУСНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ СТОП

Анотація: Розглянуто застосування функціонального кінезіотейпінгу для реабілітації дітей з плоско-вальгусною деформацією стоп.

Вступ: В даний час велика кількість дітей страждають дефектами кістково-м'язової системи нижньої кінцівки. Це викликає масу незручностей, які значно знижують якість життя. Потрібно відзначити, що навіть незначна зміна в напрямку осевого навантаження на стопу веде до порушень у всіх відділах хребта. У свою чергу це викликає патологію систем внутрішніх органів.

Застосування методики кінезіотейпінгу є простим у використанні, виправданим реабілітаційним втручанням при плоско-вальгусній деформації стоп. Метод кінезіотейпування дозволяє моделювати правильну форму стопи без особливих складнощів і незручностей. Але закріплення правильного положення повинно здійснюватися тільки за допомогою вправ лікувальної фізкультури. Завдання кінезіотейпування при плоско-вальгусній деформації стопи – це корекція горизонтального зводу.

Мета роботи: охарактеризувати основні підходи до застосування функціонального кінезіотейпінгу в дітей 8-10 років з плоско-вальгусною деформацією стоп.

Об'єкт дослідження: діти 8-10 років з плоско-вальгусною деформацією стоп.

Плоско-вальгусна деформація, діти, стопа, фізична терапія, лікувальна гімнастика, кінезіотейпінг.

В даний час тенденція погіршення стану здоров'я дітей шкільного віку в Україні прийняла стійкий характер, що підтверджується зростанням хронічної патології, збільшенням вродженої захворюваності та інвалідності. Плоско-вальгусна деформація стоп займає провідне місце в структурі патології опорно-рухового апарату у дітей та становить від 30 до 70%. Воно негативно позначається на стані здоров'я, так як, змінюючи статику, призводить до порушення постави, погіршення венозного відтоку від нижніх кінцівок і порушення функціонування внутрішніх органів. Діти, які страждають плоско-вальгусною деформацією стоп, не можуть довго стояти і ходити, швидко втомлюються, скаржаться на болі в ногах і спині. Важкі форми плоско-вальгусної деформації стоп можуть привести навіть до інвалідності.

Стопа складний біологічний орган, що нагадує «склепінчасту» споруду. Кістки стопи з'єднані за допомогою суглобів і укріплені зв'язками. Звід стопи утримується довгою підшовною і п'яtkово-човноподібною зв'язками. Отже, активна роль в підтримці висоти склепіння стопи, її ресорної функції належить м'язово-зв'язковому, кістково-м'язового апарату стопи, м'язів гомілки, гомілковостопного суглоба. Стопа як єдине ціле функціонує за законами біомеханіки.

Незважаючи на численні дослідження, присвячені проблемі фізичної реабілітації дітей різного віку, які страждають плоско-вальгусною деформацією стоп, в даний час відсутні високоефективні педагогічні технології корекції.

Для покращення стану хворих з плоско-вальгусною деформацією стоп застосовують різноманітні засоби фізичної терапії, які зменшують необхідність застосування хірургічних втручань: фізіотерапія, лікувальна фізична культура, масаж, кінезіотейпінг тощо. Однак застосування такого широкого спектра лікувальних методів і засобів не завжди є ефективним для хворих. Це підтверджується зростанням захворюваності серед осіб шкільного віку. Для цього у реабілітації дітей з плоско-вальгусною деформацією стоп в комплексі з фізичними навантаженнями доцільно було б ширше застосовувати метод функціонального кінезіотейпінгу.

Кінезіотейпінг – це одна з новітніх медичних методик, спрямованих на виправлення дефектів у розвитку м'язового апарату. Кінезіотейпування вирішує ряд складних завдань, дозволяє поліпшити стан хворого, широко застосовується в лікуванні дорослих і дітей, спортсменів, представників професій, пов'язаних з важкою фізичною працею. З недавніх пір кінезіотейпінг використовують для лікування вроджених або придбаних захворювань стопи в педіатрії.

Принцип дії. Тейп-пластири, які використовують при кінезіотейпуванні, характеризуються еластичністю, гіпоалергенністю, повітропроникністю, м'якою дією на осередок патології. Тейп-пластир виготовляють з натуральної бавовни, на поверхню якого наносять акриловий клейовий шар. У цей момент починається лікувальна дія зазначеного медичного пристосування.

Принцип дії кінезіотейпування заснований на особливостях функціонування м'язів. Основна проблема при травмах, ударах і пошкодженнях м'яких тканин – порушення відтоку лімфи і мікроциркуляції крові, уповільнене виведення продуктів обміну. Щоб вирішити таку проблему, спортсмени і не тільки використовують аплікації на шкіру методом кінезіотейпування. Температура тіла активізує клей, він щільно фіксує еластичну тканину на вогнищах патології. Тейп-пластир щільно фіксується, повторюючи всі вигини тіла і при цьому не сковує рухи. Людина може носити тейп-пластир цілодобово і без побоювань приймати душ, купатися, вести активний спосіб життя. Шкіра при кінезіотейпуванні дихає, роздратування м'яких тканин повністю виключено. Мінімальний термін носіння – 1 доба, максимальний – 2 тижні.

Тейпування при вальгусі у дітей – це одна з новітніх медичних методик, спрямованих на виправлення дефектів у розвитку м'язового апарату. Кінезіотейпування вирішує ряд складних завдань, дозволяє поліпшити стан хворого, широко застосовується в лікуванні дорослих і дітей, спортсменів, представників професій, пов'язаних з важкою фізичною працею. З недавніх пір кінезіотейпінг використовують для лікування вроджених або придбаних захворювань стопи в педіатрії.

Основне завдання кінезіотейпування стоп при корекції вальгусної деформації – приведення горизонтального зводу в правильне положення. Тейп-пластир, що накладається дитині, не повинен обмежувати рух, а робити його більш безпечним.

Методика кріплення лікувальних стрічок:

1. Перед накладенням всі дії чітко відлажуються.
2. Проводиться примірка для визначення ширини і довжини тейп-пластиру, необхідної для конкретного пацієнта. Для правильного влучення по лініях фахівець може вказувати напрямок і місце кріплення тейп-пластиру маркером або олівцем. Значно знижуючи ризик невдалого приклеювання тейп-пластиру.
3. На підйом стопи накладається шматок тейп-пластиру 2-3 см., кінчик тейпу направляється назовні, у цьому місці кріпиться без натягу.

4. Центральну частину тейп-пластиру розтягують на 25-30 см, обертають навколо стопи, направляючи до внутрішнього зводу. В кінцевому підсумку, тейп-пластир утворює цифру 8. Створюється імітація еластичного бинта.

5. Частина, що залишилася третина тейп-пластиру накладається на гомілку без розтягування. Не можна тягнути, буде створюватися сильний тиск на нижню вісь кінцівки, можлива травма.

Застосування функціонального кінезіотейпінгу для відновлення функцій стопи у складі комплексної реабілітаційної програми дозволяє скорегувати відновлення функції нижніх кінцівок. та досягти кращих результатів реабілітаційного втручання за рахунок поліпшення трофічних процесів, нормалізації гіпотонічного тону м'язів і поверненню стопи до нормального зводу, що в цілому більш ефективно в порівнянні з традиційним комплексом лікувальної гімнастики при плоско-вальгусній деформації стоп.

Список використаних джерел:

1. Абрамова Т. Ф. Физическая реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата. Москва: Советский спорт, 2000. 224 с.
2. Березовская Н. В. Плоскостопие как фактор риска в развитии нарушения осанки. Москва : РГМУ, 2006. 57 с.
3. Акулина Н. В. Конспект занятий в ортопедической группе по корректированию плоскостопия. Омск: ОГИФК, 2003. 110 с.
4. Богдановська Н. В. Фізична реабілітація різних нозологічних груп: навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2002. 136 с.
5. Бойчук Т. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації: навч. посіб. Львів : ЗУКЦ, 2010. 240 с.
6. Касаткин М. С., Ачкасов Е. Е., Добровольский О. Б. Основы кинезиотейпирования. Москва : Спорт, 2015. 76 с
7. Киселев Д. А. Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии. Санкт Петербург : Питер, 2015. 159 с.
8. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації. Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. 294 с.
9. Мурза В. П. Фізична реабілітація. Київ : «Олан» , 2004. 558 с.
10. Соколовський В. С. Лікувальна фізична культура. Одеса : ОДМУ, 2005. 236 с.

УДК 37.013.82 : 004

Коротоножкін Олександр,

магістрант II року навчання за спеціальністю
053 Психологія (спеціальна, клінічна),
факультет спеціальної та інклюзивної освіти,
Національний педагогічний університет імені
М.П.Драгоманова
*Керівник: Афузова Ганна, доцент кафедри
спеціальної психології та медицини
(Київ, Україна)*

ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ (НА ПРИКЛАДІ СИСТЕМИ MINECRAFT EDUCATION)

На сучасному етапі розвитку спеціальної педагогіки і психології особлива увага приділяється переосмисленню концептуальних підходів до навчання дітей з особливими

освітніми потребами та вдосконалення змісту методів корекційно-розвиткового впливу. Разом з тим, сучасний розвиток суспільства передбачає активне впровадження новітніх інформаційно-комп'ютерних технологій в різні сфери буття, в тому числі і в освіту, і у психологічну допомогу.

Діти з церебральним паралічем – це особлива категорія дітей, у яких відмічається складна структура порушення, що включає в себе рухові, психічні та мовленнєві розлади різного ступеня вираженості. Патологія рухового аналізатора в поєднанні з різними сенсорними розладами й порушеннями системи міжаналізаторних взаємозв'язків у дітей з церебральним паралічем обумовлює порушення різних видів перцептивних дій (слухання, обмацування та ін.), тактильного сприймання, порушення сприймання простору та часу [3]. З несформованістю зорово-просторового орієнтування пов'язане порушення конструктивного праксису – дитина не сприймає просторові взаємовідносини, що ускладнює формування конструктивної діяльності (викладання цілісних фігур з паличок, складання, розбирання предметів чи малюнків). Одне з завдань корекції таких дітей складається у збільшенні рухового досвіду дитини, формуванні на цій підставі уявлень про схему тіла, власну позицію серед оточуючих предметів, формування уявлень про основні напрямки у просторі, відношення між предметами, а також зміни та мінливість просторових відношень тощо [2].

Аналіз проблеми корекції рухової активності й пізнавальних процесів дітей з церебральним паралічем показав, що існує можливість використання в корекційно-розвивальній роботі засобів і методів із залученням комп'ютерних технологій. Протягом тривалого часу вчені здійснюють пошук нових методів і програм корекції, як от: вплив ігрової форми занять на фізичний та психічний стан дітей (Т. Вісковатова, Є. Вільчковський, В. Грицюк, С. Демчук, О. Куц); система багатоцільового тестування осіб з обмеженими функціями (Лі Ен Сан); соціальна інтеграція й соціалізація дітей, підлітків з церебральним паралічем у суспільство (Л. Шипіцина). При корекції просторового гнозису у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату з використанням комп'ютерних технологій необхідно враховувати, що навчання повинно бути спрямовано на набуття дітьми необхідного практичного чуттєвого досвіду, формування на цій основі способів сприймання, моделювання, перетворення просторових відношень з урахуванням потреб діяльності дітей, – тобто, головною метою подібних занять має бути об'єднання класичних методик на сприймання з використанням реального стимульного матеріалу з методиками, що включають використання комп'ютерних технологій та віртуальної 3D-реальності.

Проаналізувавши наукові джерела з теми особливостей використання комп'ютерних технологій у корекції дітей з опорно-руховими порушеннями, ми визначили, що сучасні умови розвитку суспільства спровокували появу тандему ігрової діяльності і комп'ютерних технологій – ігрові освітні технології у вітчизняній педагогіці та едьютейнмент (гейміфікація) – в зарубіжній педагогіці. В пошуках дієвого засобу для нашого дослідження нашу увагу привернула система *MinecraftEDU* – відкрита, навчально-розвиваюча платформа, що сприяє розвитку творчості, формуванню навичок колаборації, вмінь ставити завдання та знаходити шляхи їх вирішення, а також надає широкі можливості для ігрового навчання. Аналізуючи контентний зміст цієї платформи зауважимо, що оригінальна гра *Minecraft* дозволяє гравцям конструювати 3D-світи з характерних для цієї гри кубів, завдяки яким вона стала всесвітньо відомою. Здійснений ґрунтовний аналіз закордонного досвіду використання зазначеного ресурсу у проектній діяльності, дає підстави стверджувати, що «*Minecraft: Education Edition*» представляє собою спільну універсальну освітню платформу, яку психологи та педагоги можуть використовувати у різних сферах з метою розвитку та формування навичок ХХІ століття, зокрема цифрової грамотності, розвитку різних психічних процесів, винахідливого та

креативного мислення, продуктивності дій та ефективного спілкування суб'єктів освітнього процесу. Цей навчально-ігровий ресурс постійно розвивається та удосконалюється розробниками. Гейм-дизайнери зробили освітню версію гри максимально зручним та гнучким дидактичним інструментом. Головна дидактична ідея цього ресурсу полягає у можливості здійснення проектної діяльності, моделювання та побудови свого продукту. Дітям також потрібно проявляти пошукову активність і вивчати віртуальний світ самостійно, що наближає їх до тих інтелектуальних викликів, які чекатимуть їх у майбутньому [4].

Керуючись принципом єдності діагностики та корекції у роботі з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку було визначено, що можливості використання комп'ютерних технологій у процесі психологічної корекції оптико-просторового гнозису дітей з порушенням опорно-рухового апарату доцільно вивчати крізь призму діагностики сприймання (зорового) із залученням інших психічних процесів (пам'яті, уваги, мислення тощо). Нами було проведено пілотне дослідження, у ході якого були використані методики (тест «Прогресивні матриці Равена» на встановлення логічних відносин з використанням абстрактного невербального матеріалу; методика «Запам'ятай малюнки» (Немов Р.С.) для визначення обсягу короткочасної зорової пам'яті та дидактична гра для розвитку пам'яті «Бінго»), що подавалися у класичному варіанті із звичним стимульним матеріалом, в адаптованому варіанті із стимульним матеріалом з використанням візуальних елементів комп'ютерної гри Minecraft, а також у цифровій площині, розробленій у програмі Minecraft Education (рис. 1).

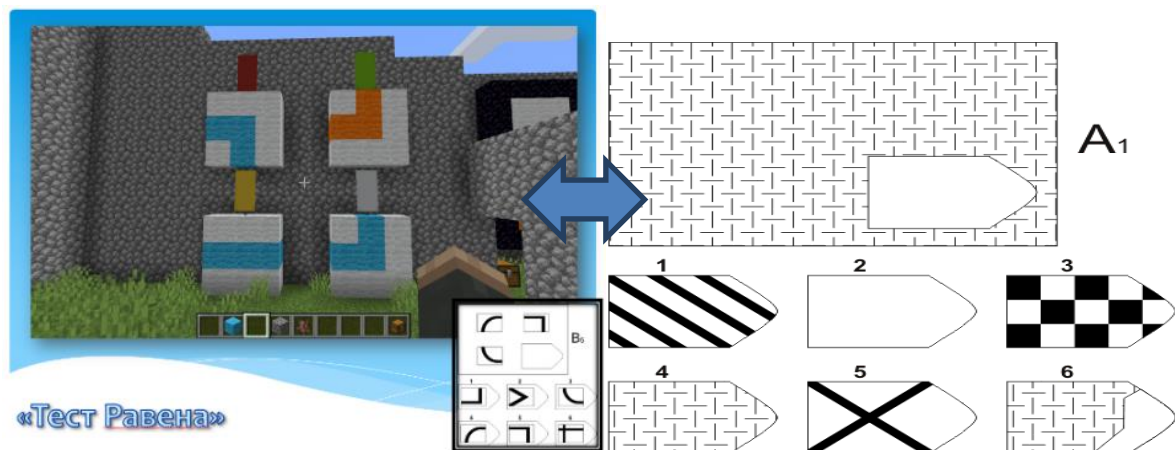


Рис 1. Стимульний матеріал методики «Тест Равена»

Результати пілотного експерименту продемонстрували, що на якість виконання корекційно-діагностичних завдань значно впливає мотиваційний компонент, а саме: при використанні методик та дидактичних ігор на розвиток пам'яті, довільної уваги та наочно-образного мислення з використанням комп'ютерних технологій знижується кількість помилок (при використанні класичного стимульного матеріалу діти експериментальної групи в середньому зробили 5 помилок, тоді як при використанні комп'ютерної версії кількість помилок зменшилася на 22%). На нашу думку, також слід враховувати той факт, що у випадку порушень опорно-рухового апарату використання класичного дидактичного матеріалу (ламінованих карток) додатково ускладнюється через труднощі дрібної моторики, тоді як використання маніпулятора «миша» полегшує і пришвидшує маніпуляції із стимульним матеріалом у цифровій площині [1]. Таким чином, можна зробити висновок, що використання комп'ютерних технологій здатне вагомо вплинути на результати корекційно-розвивальної роботи з подолання порушень оптико-просторового гнозису у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, в першу чергу, враховуючи роль позитивної мотивації при взаємодії з комп'ютерною технікою і полегшене маніпулювання стимульним матеріалом у цифровій площині.

На нашу думку, корекція оптико-просторового гнозису і розвиток наочно-образного мислення – ключовий аспект при використанні комп'ютерних технологій та конкретно при використанні системи Minecraft Education при порушеннях опорно-рухового апарату, адже саме маніпуляції у віртуальному 3D-просторі допомагають дитині з порушеннями опорно-рухового апарату переносити орієнтувальні навички у реальне середовище з використанням тематичних дидактичних ігор з конструювання. Наразі нами розробляються і готуються до апробації авторські корекційні методики з елементами конструювання у віртуальній і реальній площинах з використанням платформи Minecraft Education та конструктора-аналога LEGO з тематикою Minecraft. Як приклад – проектувальна корекційна методика «Піглін та курча», яка передбачає конструювання за заданим зразком (вже готовим зображенням), що методологічно передбачає обстеження, а потім виділення основних фрагментів конструкції (рис. 2).

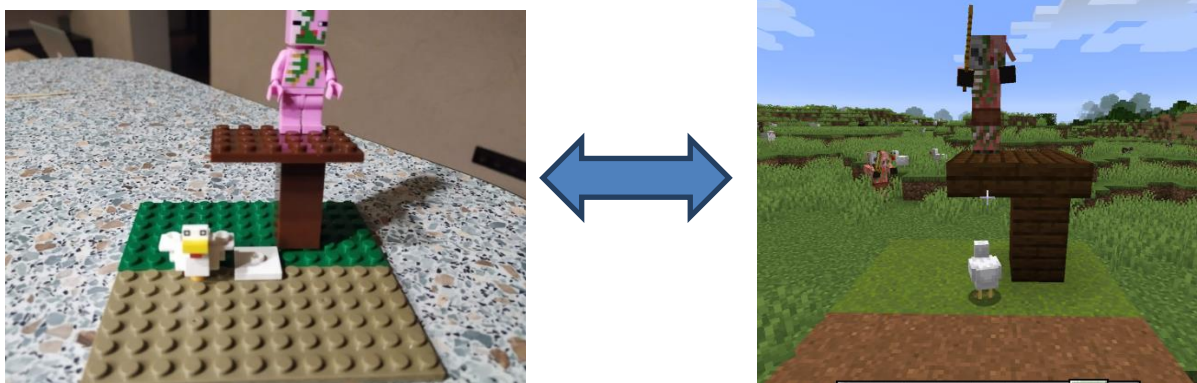


Рис 2. Співвідношення стимульного матеріалу у реальній та віртуальній площині (корекційна методика «Піглін та курча»)

Враховуючи рухові особливості учнів з церебральним паралічем, їх швидку втомлюваність та притаманну недостатність просторового аналізу і синтезу у поєднанні з недостатністю зорово-моторної координації, необхідно варіювати форми виконання завдань та адаптувати корекційно-розвивальні методики для виконання на комп'ютерному обладнанні. Як один з можливих дидактичних прийомів варто розглянути використання методик та дидактичних ігор, які не використовують комп'ютерні технології, але мають у складі тематичні особливості знайомих дітям героїв комп'ютерних ігор та інших віртуальних образів. При використанні технологій з комп'ютерними маніпуляторами типу «миша» потрібно пам'ятати про наявні у дітей труднощі пов'язані, перш за все, з несформованістю або порушенням хапальної функції кисті. Для таких дітей доцільним є використання технології Kinect, яка не вимагає постійного залучення дрібної моторики під час заняття.

Важливим є розуміння значущості «перехідного етапу» переключення сприймання віртуальних об'єктів на реальні, а також важливості включення мотиваційного компонента, який значно впливає на результати корекційно-розвиткової та педагогічної роботи.

Потрібно пам'ятати, що гейміфікація і використання комп'ютерних технологій у корекційно-розвитковій роботі не повинні відводити користувача убік від запланованого результату – вони повинні допомагати досягти його. Часто, використовуючи гейміфікацію, розробники захоплюються самою механікою гри, забуваючи про поставлені цілі корекційного або навчального процесу. Додаючи ігрові елементи в корекційно-розвиткову роботу, необхідно відразу перевіряти, чи сприяють вони покращенню розуміння та подальшому застосуванню отриманої інформації дітьми.

Список використаних джерел:

1. Афузова Г.В., Коротоножкін О.С. Застосування комп'ютерних технологій при порушенні оптико-просторового гнозису. *Теорія і практика тифлопедагогіки: Інформаційний бюлетень*. 2020. №№22-23. С. 5-10.
2. Демчук С., Куц А. Соціальна інтеграція неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання, Львів: Українські технології, 2003. 148 с.
3. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Москва: Дидактика Плюс, 2001. 272 с.
4. Minecraft: Education Edition. URL: <https://education.minecraft.net/>

УДК 376.091.12-057.164

Кравець Ніна

доцент кафедри психокорекційної педагогіки,

Шубала Ганна

магістр кафедри психокорекційної педагогіки

Національний педагогічний

університет імені М. П. Драгоманова,

м. Київ, Україна

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОБОТИ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ З УЧНЯМИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Розкрито роботу асистента вчителя з учнями з особливими освітніми потребами. Проаналізовано особистісні якості асистента вчителя (комунікативні та організаційні здібності; здатність співпереживати; ціннісні орієнтації). Окреслено ключові компетентності, якими має володіти асистент учителя. Розглянуто форми та методи роботи асистента вчителя з учнями з особливими освітніми потребами.

Ключові слова: інклюзивна освіта, асистент вчителя, освітній процес, учні з особливими освітніми потребами.

Актуальність дослідження. Інтеграційні процеси, глобалізація та орієнтація національної системи освіти на європейські й світові стандарти зумовлюють такий розвиток системи шкільної освіти в Україні, який передбачає гуманізацію освітнього процесу, що спрямовує педагогів на всебічне розуміння індивідуальних та типологічних особливостей учнів і врахування їх у процесі організації шкільної освіти загалом. Особлива увага державної політики у цьому контексті спрямована на забезпечення розвитку, надання можливостей отримання якісної освіти та створення найсприятливіших умов інтеграції в суспільство учнів з особливими освітніми потребами (з ООП). Однією з нових форм навчання учнів з ООП є визнана у багатьох країнах світу інклюзивна освіта та створення такого інклюзивного простору, який забезпечує право кожної дитини навчатися у закладі загальної середньої освіти із наданням їй усіх необхідних для цього умов та передбачає, насамперед, наявність спеціально підготовлених педагогів і спеціально підготовленого освітнього середовища. Тому актуальним завданням сьогодення є спрямування освітнього процесу на формування готовності асистента вчителя до роботи з учнями з ООП в умовах інклюзивної форми навчання.

Огляд літератури. Теоретико-методичні основи інклюзивної освіти розглянуто в роботах Д. Деплер, Н. Дятленко, Ю. Найди, А. Колупаєвої, О. Кузави, Т. Лормана, Є. Пургина, М. і Н. Семаго та інших. Проблеми підготовки сучасного вчителя до роботи з дітьми з ООП в

умовах інклюзії присвячено роботи вітчизняних науковців: А. Колупаєвої, Н. Кравець, О. Кузави, О. Митник, Л. Савчук, О. Таранченко, А. Шевцова, М. Шермет та інших.

Виклад матеріалу. Варто зазначити, що посада асистента вчителя є відносно новою для української школи. Асистент учителя – це новий суб'єкт освітнього процесу, який виступає посередником між дітьми і дитиною з ООП, здійснюючи допомогу вчителю у процесі освітньої діяльності. Відповідно “Класифікатору професій” і “Типових штатних нормативів загальноосвітніх навчальних закладів” визначено посадові обов'язки асистента учителя та ключові компетентності, якими він має володіти у процесі роботи з дітьми з ООП: діагностична, корекційна, прогностична, конструктивна, організаційна, комунікативна, технологічна, дослідна.

Робота асистента вчителя передбачає також наявність у нього сучасної системи знань із загальної педагогіки, психології та методик навчання; медичних знань (клініка, психопатологія, невропатологія) і спеціальних знань (корекційна педагогіка, спеціальна психологія, спеціальні методики). Поряд з предметними і методичними знаннями, вміннями, навичками асистента вчителя, важливим є знання ним психофізіологічних закономірностей, особливостей вікового і особистісного розвитку дітей в умовах інклюзивного освітнього середовища, вміння реалізувати різні способи взаємодії між усіма суб'єктами освітнього процесу.

Підготовка асистента вчителя до роботи з дітьми з ООП повинна мати синкретичний характер, що виявляється у взаємозв'язку і взаємозалежності цілей, змісту, методики організації та функціонуванні цих складових як єдиного цілого, включати мотиваційний, когнітивний і рефлексивний компоненти, оскільки їх наявність в структурі підготовки дозволить забезпечити її синкретичність і цілісний характер.

З метою вияву рівнів підготовки асистента вчителя до роботи з дітьми з ООП, а також з'ясування чинників, що впливають на їхнє становлення, ми провели констатувальний експеримент.

У результаті проведення експерименту з'ясовано, що рівень готовності асистента вчителя до роботи з дітьми з ООП (за результатами самооцінки) середній. Зокрема, лише 22,3 % опитаних переконані, що готові до зазначеного виду діяльності; 51,4 % респондентів мають сумніви щодо своєї готовності; 23,1 % опитаних визнали, що не готові до роботи в умовах інклюзії; 3,2 % не змогли визначити своєї підготовки. Результати дослідження засвідчили, що лише 11,8% педагогів пройшли спеціальну підготовку до здійснення цього виду професійної діяльності та мають високий рівень підготовки до роботи з дітьми з ООП. У багатьох (88,2 %) відсутніми є внутрішні суб'єктивні джерела, стимули професійного самовдосконалення (потреби, інтерес, воля, емоції та ін.) для роботи з вказаною категорією учнів. Також респонденти бажають отримати відповідь на багато запитань, пов'язаних з організацією роботи з дітьми з ООП. Зокрема, 82% педагогів вказали на недостатню кількість наявної навчально-методичної літератури та організаційно-матеріального забезпечення для належної роботи з дітьми в умовах інклюзії. З огляду на це, основними для розвитку професійної активності та готовності до інноваційної роботи з дітьми з ООП, на нашу думку, є саме внутрішні фактори, які суттєво впливають на ставлення асистента вчителя до виконання своїх професійних обов'язків. Варто зазначити, що асистенти вчителя не завжди усвідомлюють себе як суб'єкти інклюзивної освіти, а отже, не мають цілісного уявлення про особливості, форми та методи роботи з вказаною категорією дітей.

Ефективність організації та здійснення роботи асистента вчителя з дітьми з ООП залежить від правильного вибору методів і форм освітньої діяльності відповідно до психофізичних та вікових особливостей розвитку дітей, з якими працюють. Насамперед

асистент учителя має приймати учнів з ООП такими, якими вони є, дотримуючись емпатії, толерантності, відкритості, гуманізму, допомоги, довіри у взаєминах з ними, що ґрунтуються на доброзичливому й відкритому спілкуванні. Для цих дітей характерні комунікативна фобія, зниження пізнавальної активності не лише до навчальних предметів, а й до міжособистісного спілкування, що варто враховувати асистенту вчителя. Такий стан речей вимагає послідовного, багаторазового повторення навчального матеріалу, оскільки завдяки цьому виробляються правильні стереотипи дій, виховується бажання діяти самостійно, свідомо, що сприятиме формуванню у дітей з ООП потреби у знаннях, позитивного психоемоційного настрою [2].

Заняття з учнями з особливими освітніми потребами асистент учителя має спрямовувати на різні сфери розвитку, що базуються на самостійному, свідомому, активному оволодінні кожним учнем необхідних знань у процесі постійного стимулювання розумової та рухової активності. Завдяки пластичності мозку є незаперечна можливість покращення розумових та рухових функцій і навичок у школярів.

Насамперед варто звернути увагу на корекцію в учнів з ООП дефіцитних шкільно-значимих функцій, які не лише впливають на темп і якість формування навичок письма, читання, рахунку, але й визначають повноцінність засвоєння всього навчального матеріалу на початковому етапі навчання. До них відносяться: просторове сприймання й аналіз, просторові уявлення; зорове сприймання, зоровий аналіз і синтез; координація в системі “вухо – око – рука”; складноскоординовані рухи пальців і кистей рук; фонематичне сприймання; фонематичний аналіз і синтез.

Відповідно, серед індивідуальних форм організації освітньої роботи асистента вчителя з дітьми з ООП нами виділено бесіду, гру, творче завдання, сторітеллінг, запитання евристичного спрямування. Щодо групових форм, то вони найчастіше відбуваються у формі гуртків за інтересами, творчих майстерень, що сприяють набуттю навичок самообслуговування. До колективних форм віднесено конкурси, екскурсії, інтегрований театр, вечори, зустрічі, свята тощо.

Серед різноманітних форм і методів роботи асистента вчителя з учнями з ООП важливе місце посідає гра. Саме гра є природним для молодших школярів видом діяльності, де вони не лише відображають реальне життя, а й перебудовують його. Як доречно стверджує Н. Кравець, у грі створюються сприятливі умови для корекції та подолання порушень багатьох психічних процесів, насамперед тих, що забезпечують увагу дітей до навчальної діяльності, виникнення учбової мотивації, усвідомлення особистісного значення засвоєних літературних знань і умінь. Крім того, дидактичні ігри сприяють рухливості й гнучкості думки учнів у процесі гри [3]. Отже, раціональне використання гри є ефективним засобом залучення учнів з ООП до освітньої діяльності, мотивує долати труднощі у процесі навчання та сприяє самоствердженню й формуванню комунікативних умінь.

Важливе місце у роботі асистента вчителя з учнями з ООП посідає альтернативна комунікація, насамперед для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, зі спектром аутистичних порушень. К. Островська вказує, що за допомогою PECS – технології обміну картинками, можна організувати комунікацію в умовах інклюзивного класу. Використовуючи картинку, учень може попросити будь-що, відповісти на питання, розповісти про себе і свої бажання, виразити емоції, завдяки чому формуються необхідні знання й уміння для успішного навчання в інклюзивному класі [5].

Щодо роботи з учнями з інтелектуальними порушеннями, для яких характерні байдужість, безініціативність, знижена пізнавальна активність, обмежений пасивний і досить бідний активний словник, невміння структурувати зв'язне висловлювання, що проявляється в

порушеннях монологічного мовлення, важливо використовувати технологію сторітеллінг. Завдяки технології сторітеллінгу у класах налагоджуються тісні контакти між учнями з різним рівнем розвитку пізнавальних можливостей, що важливо для інклюзивних класів, встановлюються дружні стосунки, доброзичлива атмосфера. Для учнів з інтелектуальними порушеннями застосування технології сторітеллінгу є досить актуальним, оскільки сприяє корекції та розвитку усіх пізнавальних психічних процесів, насамперед мислення, уяви, пам'яті, мовлення [4, с. 99]. У свою чергу завдання зі сторітеллінгу, наприклад, “я в казковому лісі”, базується на методі спрямованої візуалізації, що дозволяє дітям з ООП перенестися в казковий світ і уявити себе в ролі об'єктів живої природи, стати омріяними казковими героями, чим створюється фантастична атмосфера, учні розвиваються творчо. Як вказує А. Хіля, дитина усвідомлює різницю між власним ставленням до себе і ставленням оточуючих, що в подальшому позитивно впливає на соціальну самореалізацію учнів з ООП [6].

Працюючи з учнями з ООП, асистент учителя формує в них пізнавальні психічні процеси, організовуючи різноманітну діяльність школярів: конструювання (за наслідуванням, за зразком, за схемою, самостійно); ігри з дитячими конструкторами (“лего” та ін.); дидактичні ігри і вправи для розвитку пам'яті, мислення, уваги, уяви; вправи з розвитку раціональних прийомів запам'ятовування; сюжетно-рольові ігри з розвитку уміння спілкуватися, домовлятися, товаришувати; комунікативні вправи: діалоги-інсценівки; ігри на формування у дітей довіри і впевненості у собі.

Висновки. Саме асистент учителя найкраще зможе допомогти учню адаптуватися в закладі загальної середньої освіти, покращити його психоемоційний стан, сприяти розвитку соціальної активності, становленню й виявленню його здібностей, впевненості у власних силах і можливостях.

Запропоновані зміст, форми і методи роботи асистента вчителя з учнями з ООП сприятимуть поглибленню знань про зміст і специфіку інклюзивного навчання, виробленню навичок, що сприятимуть адаптації та усвідомленому вибору варіантів поведінки у процесі роботи, формуванню позитивних перцептивних установок щодо учнів з ООП; розвитку особистісних якостей асистента вчителя.

Список використаних джерел:

1. Буйняк М.Г. Психологічна готовність вчителів загальноосвітніх шкіл до інклюзії як умова ефективності навчання дітей з психофізичними вадами. *Інклюзивна освіта: теорія та практика: Навчально-методичний посібник* / за заг. ред. С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2012. С. 105-113.
2. Дятленко Н. М., Софій Н. З., Мартинчук О. В., Найда Ю. М. Асистент вчителя в інклюзивному класі: Навчально-методичний посібник. К.: ТОВ Видавничий дім “Плеяди”, 2015. 250 с.
3. Кравець Н. П. Літературні ігри і виховання розумово відсталих учнів як активних читачів. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки: Збірник наукових праць* / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Вип. V. В 2-х т., том I. Кам'янець-Подільський: ПП. Медобори-2006, 2015. С. 155- 173.
4. Кравець Н. П. Сторітеллінг як технологія творчого розвитку учнів з інтелектуальними порушеннями на уроках літератури в умовах спеціального та інклюзивного навчання. *Topical issues of pedagogy: Collective monograph.* – Edizioni Magi, Roma, Italy, 2019. PP. 80-102.

5. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги: Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
6. Хіля А. В. Арт-терапія як засіб підготовки дітей з функціональними обмеженнями до самостійного життя. *Збірник наукових праць Вінницького держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*, 2017. С. 142 -147.

УДК 376-056.263:316

Круглик Оксана,

кандидат педагогічних наук, доцент, НПУ

імені М. П. Драгоманова

м. Київ, Україна

СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ НАУЧІННЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху (глухі, зі зниженим слухом, з кохлеарними імплантами) також орієнтована на дитину з особливими освітніми потребами, яка, в силу різних обставин, навчається в умовах інклюзивного середовища. Завдяки сучасній технології навчання, що забезпечує здатність дитини до пізнавально-когнітивної діяльності, формується на актуальному рівні розвитку її мовлення, з максимальним використанням можливостей неушкодженого інтелекту. Запропоновані авторські педагогічні технології компенсаторно-корекційного спрямування, які базуються на сучасних досягненнях української та й зарубіжної теорії й практики, а також на багаторічних апробованих дослідженнях, проведених авторами програми (К. Луцько, О. Круглик, С. Губар, О. Мартинчук, К. Скуйбіда, С. Хіміч).

Соціалізацію людей у більшості випадках забезпечують міцні міжособистості стосунки, основа яких базується на комунікації та розумінні правил життєдіяльнісної поведінки. Нова технологія навчання ґрунтується на розвитку логічного мислення в домовленнєвий період та в процесі оволодіння мовленням, на основі слухового сприймання мовленнєвих сигналів дитиною, здатності її до аналітико-синтетичних операцій, розуміння причинно-наслідкових дій дорослих, дітей та своїх власних. Зокрема, при формуванні мовлення (звукимови, розвитку усного мовлення, розвитку слухового сприймання мовлення, читання з губ) навчання відбувається з опорою на складоритми, окремі акустичні сигнали, доступні слуховому сприйманню дитини.

Програма наскрізно пронизана ідеєю всебічного розвитку дитини. При закладанні основ аналітико-синтетичного сприймання довкілля та опанування його пізнанням вирішальне значення мають відігравати педагогічні технології навчання, а саме: уміння наслідувати діяльність дорослих на доступному рівні дитини, відображати її з пам'яті, самостійно, а в подальшому на її основі оволодівати різними видами ігор; уміння логічно (абстрактно) мислити на домовленнєвому та мовленнєвому рівнях, що забезпечується розумінням закономірностей життєдіяльності самої дитини, усвідомлення себе як особистості в контексті навколишнього середовища, взаємодії з іншими людьми, спілкування, задоволення власних потреб, усвідомлення моральних, етичних та культурних суспільних цінностей, відповідно віковим можливостям.

Нами виділено основні напрямки розвитку дитини з порушеннями слуху: розвиток мовлення та комунікативна діяльність дитини; розвиток елементарних математичних і сенсорних уявлень та предметна аналітико-синтетична діяльність дитини; розвиток слухового (слухо-зорового, слухо-зоро-активного) сприймання та формування вимови; пізнання довкілля: сенсорний розвиток і дослідницька діяльність дитини; художньо-естетичний розвиток дитини та образотворча діяльність і конструювання; емоційний розвиток дитини та ігрова діяльність; фізичний розвиток та здоров'язбережувальна діяльність дитини; розвиток музично-ритмічних та складоритмічних відчуттів дитини; фонетична ритміка. Кожен з розділів за своєю значущістю і наповненістю є рівноцінним, а всі в комплексі розділи забезпечують збалансований розвиток не тільки дитини з порушеннями слуху, але й дитини з особливими освітніми потребами.

При складанні сучасної програми розвитку нами враховувалось те, що біологічний вік дитини не є достовірним критерієм визначення адекватного реального рівня її розвитку. Особливо це стосується дитини з порушеннями слуху, розвиток якої залежить саме від часу втрати слуху, оптимального слухопротезування, ефективності корекційно-компенсаторної допомоги, участі сім'ї у навчанні тощо. У зв'язку з цим, як показують наші дослідження, варто враховувати психологічний вік дитини, зокрема дитини з особливими освітніми потребами.

Особливої ваги при створенні програми надавалося сенсорному розвитку дитини – формуванню слухових, тактильних, зорових, вестибулярних відчуттів, їхнього використанні у пізнанні довкілля, при обстеженні предметів, у виокремленні їхніх деталей, з'ясування назв деталей та предмета в цілому, у формуванні аналітичного та синтетичного сприймання й логічного мислення. Розвиток тактильного сприймання, використання тактильних відчуттів у поєднанні із зоровим та слуховим сприйманням (іншими сенсорними каналами) як сигналів для називання предметів та їхніх деталей, трактується авторами програми як один із засобів формування пізнавальної активності, ініціативності у з'ясуванні словесних позначень предметів, деталей, явищ.

Дитина розвивається, відчуваючи запит середовища і адаптаційний виклик. І стан мозку координує і модулює взаємодію з навколишнім світом і з собою. Тому, слід враховувати своєчасність зовнішніх вимог і морфофункціональної готовності дитини (перенасичення середовища або випередження розвитку може згубно позначатися на цереброгенезі, також як і сенсомоторне недорозвинення).

В сучасній технології навчання запропонований об'єднаний підхід діагностики, інтеграції і корекції. Зокрема, єдність діагностики і корекції як інтегральна оцінка результатів діагностики дає можливість виокремити маркери корекції; напрямки і техніки корекції і психотерапії; суб'єкт-суб'єктивний підхід; організація корекційного процесу.

Так, єдність діагностики і корекції виявляється в провідній діяльності, в міжособистісному спілкуванні, в пізнавальному процесі, в соціальному оточенні, через сенсомоторну сферу, мовлення, мислення, увагу, пам'ять, емоції тощо.

Напрямки і техніки корекції і психотерапії пов'язані з біхевіо-когнітивним напрямком (способи поведінки), ігровою психотерапією (моделі поведінки і реагування, емоції, відносини тощо), гештальт-терапією (емоції, стан, відносини), системним напрямком (відносини в родині, групі, поведінковий репертуар тощо).

Суб'єкт-суб'єктивний підхід враховує дітей з особливими освітніми потребами в групі. Створюється портрет особливої дитини (мова йде про будь-яких складних дітей: поведінка, спілкування, саморегуляція, навчання).

У процесі власної діяльності та її відтворенні дитина з особливими освітніми потребами потребує звукового супроводу, мовленнєвої стимуляції з боку дорослих та педагогів, що

позитивно впливає на емоційний, мовленнєвий, сенсорний її розвиток, залучає до звукоутворення, активізації мовлення, без примусу в природних умовах. На основі діяльності здійснюється формування психічних процесів та функцій («накладання» мовлення на практичну діяльність, на аналіз об'єктів, що забезпечує розвиток аналітико-синтетичного сприймання, уваги, пам'яті).

Вперше у програмі через сучасну технологію навчання, відбувається орієнтація на дітей від народження, раннього та дошкільного віку, акцентується увага не тільки на формування мови, алей й на розвиток внутрішнього мовлення дитини (дослідження К. Луцько), як підґрунтя, умову та засіб повноцінного збалансованого розвитку особистості, подано окремі технології, які сприяють цьому процесу.

Список використаних джерел:

1. Круглик, О. (2020). Формування міжособистісних стосунків у дітей з порушеннями слуху в пізнавальній діяльності». *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*.
2. Луцько К. В. Мовленнєвий розвиток дитини та деякі умови його забезпечення у ранньому віці. Сучасні технічні засоби реабілітації й навчання дітей з вадами слуху та мовлення. *Наук.-метод. зб. : Вип. 3. / За ред. Б. С. Мороза, К. В. Луцько. Київ : А&Р, 2002. С. 35-67.*
3. Луцько, К.В., Круглик, О.П., Губар С.Ю., Мартинчук, О.В., Скуйбіда, К.Ю., Хіміч, С.С. та ін. (2019). Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху (глухі, зі зниженим слухом, з кохлеарними імплантатами). Навчальна програма. URL: https://drive.google.com/file/d/1INC__3SwfHCH3H9AzsOAR4dOw9eSiOsp/view

УДК 378.013

Круліковська Оксана,
кандидат психологічних наук,
вчитель-психолог., Школа Подставова
№109 імені Едварда Дембовського
м.Вроцлав. Польща

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ВАДАМИ В РОЗВИТКУ В ІНТЕГРАЛЬНІЙ ШКОЛІ. ДОСВІД РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА

Інтегрована освіта в Польщі полягає в організації спільного навчання та виховання здорових дітей і молоді з дітьми та молодими людьми з особливими освітніми потребами (люди з порушенням функцій опорно-рухового апарату, вадами зору, слуху, інтелектуальними порушеннями, з аутистичним спектром розвитку, гіперактивністю та ін.).

Перевагами шкільної інтеграції в порівнянні зі спеціальними школами є те, що учні з визначеними раніше діагнозами, що унеможлилювали їх перебування серед «нормальних» однолітків, набули можливості вчитись в звичайній середній школі та навчитись ефективній взаємодії з однолітками.

Звичайно, всі освітяни підтверджують, що процес інтеграції, не зважаючи чи це 1 рік навчання в школі «особливого» учня, чи 5 – дуже складний і потребує, перш за все, психологічної підготовки та готовності до педагогічної праці самих вчителів [1,2]. Поведінку дітей з різним ступенем психолого-педагогічних проблем важко передбачити, черговий «вибух» може спровокувати будь-яка річ: більш голосна мова вчителя, або учня, небажання

переходити від виконання більш легкого завдання до важчого, закінчення перерви коли ще не з'їдена канапка і багато іншого. «Чергові» поведінкові та емоційні труднощі учня зазвичай допомагає подолати асистент вчителя, а у зовсім складних випадках – шкільний психолог, якого викликають на допомогу. Асистент вчителя предбачений в класі, де навчається від 1 до 5 дітей з висновками від психолого-педагогічної комісії про «особливий стан» дитини та рекомендацію до інтегрованого класу чи школи. Асистент вчителя повинен мати вищу освіту з педагогічним приготуванням, але не обов'язково в напрямку «спеціальна освіта».

Крім того, у середньо-спеціальній освіті (рівень технікуму) Польщі передбачена підготовка спеціаліста «Асистент людини з неповносправністю» [3]. Випускник школи, що навчається за напрямком «Асистент людини з неповносправністю», повинен бути готовий до виконання професійних завдань у сфері SPO.01 республіки Польща, а це: планування разом з особою з неповносправністю або її сім'єю всебічної підтримки; надання допомоги та підтримки самостійному функціонуванню особи з неповносправністю; підтримка людини з неповносправністю в соціальній активності та професійному житті; надання допомоги людині з неповносправністю у використанні різних форм комплексної реабілітації. На підготовку зазначеного спеціаліста предбачено 740 годин навчального часу разом з практичною підготовкою та включає в себе навчання предметів: охорона здоров'я та безпека на роботі – 32 години; основи соціальної допомоги – 170 годин; планування, організація та проведення заходів з догляду за особою з інвалідністю – 128 годин; підтримка інвалідів у життєвій діяльності та повсякденному житті – 160 годин; активація інваліда за незалежність життя – 160 годин; професійна іноземна мова – 66 годин. На практичну підготовку відводиться 140 годин.

Організація шкільного навчання в інтеграційному класі має таку ж структуру як і в звичайному. Учні з висновками про «особливість психолого-педагогічного розвитку» навчаються за програмами підставової школи (від 0 класу(6 років) до 8 класу (14 років)), передбаченими міністерством освіти Польщі та визначеною кількістю навчальних годин. Крім того, учні працюють на основі однакових шкільних підручників. Різниця в навчанні дітей з обмеженими можливостями та їх здоровими однолітками полягає в тому, що розподіл навчальної програми належним чином попередньо підготовлений вчителем, що реалізує дисципліну, і постійно змінюється. Таким чином, реалізований проект стає адаптованим до індивідуальних потреб і здібностей дітей з «особливим перебігом розвитку».

За розпорядженням міністра освіти Польщі, всі школи повинні бути готові прийняти та організувати навчання учня з «особливим перебігом розвитку». У рішенні психолого-педагогічної комісії, що попередньо проходить учень, зазначаються всі рекомендовані форми навчання, потреби в психолого-педагогічному супроводі, допомозі психолога, корекційно-компенсаційних заняттях, а також можливості звільнення від навчання деяким дисциплінам: другої іноземної мови (для учнів з вадами слуху, аутистичним спектром розвитку, глибокою дислексією, афазією); фізичного виховання та інформатики (у випадку учнів з руховою неповносправністю, хронічно або тимчасово хворих). Рішення про місце навчання дитини приймається батьками, які обирають будь-який тип установи з числа тих, що зазначені в рішенні комісії. Неможливо змусити батьків відправити дитину з в інтеграційну або спеціальну школу. Також немає підстав для відмови прийняти дитину з відхиленням розвитком в державну школу, в якій вона проживає.

Психолого-педагогічна підтримка в інтеграційній школі включає в себе: виявлення та задоволення індивідуальних розвиваючих та освітніх потреб учнів (виявлення причин їх освітніх труднощів у функціонуванні, усунення бар'єрів для їх участі у шкільному житті); виявлення індивідуальних психофізичних здібностей учнів, підтримка їх потенціалу розвитку

(сильні сторони, схильність, інтереси, таланти); застосування заходів для підвищення ефективності навчання та покращення функціонування учнів у школі; підтримка та заохочення учнів у виборі напрямку подальшого навчання та професії [4].

Заняття з психолого-педагогічної підтримки здорових учнів включають в себе: форми, що розвивають навички критичного мислення до себе, розуміння та називання свого емоційного стану; форми, що розвивають таланти, присвячені особливо обдарованим учням; заняття з розвитку навичок навчання, – стимулюють підвищення ефективності навчання студентів; дидактичні та компенсаторні заходи – призначені для учнів з труднощами в навчанні.

Спеціальні заняття психолог, для учнів з порушеним чи відхиленим розвитком, з труднощами ув навчанні, що мають зазначені у психолого-педагогічному висновку поради та настанови, – організує в обов'язковій формі. Щотижнево на коригувальні та компенсаторні заняття дитині відводиться 60 хв. позалекційного часу. Заняття з логопедом розраховані на учнів з порушеннями мови, читання та письма. В заняття, що розвивають емоційні та соціальні компетенції, залучаються учні з труднощами в соціальному функціонуванні.

Психолого-педагогічна підтримка також може мати більш структуровані форми: терапевтичні заняття, індивідуалізовані шляхи навчання, заняття з розвитку талантів, заняття з розвитку навичок навчання, дидактичні та компенсаторні заняття, заняття, пов'язані з вибором освіти та професії, спеціалізовані класи (корекційні та компенсаційні, логопедія, розвиток емоційних та соціальних компетенцій, терапевтичного характеру).

Терапевтичні заняття призначені для учнів, які потребують особливої адаптації навчального процесу та довгострокової спеціалізованої допомоги через операційні труднощі, порушення розвитку або стан здоров'я. Для того, щоб навчатися в терапевтичному класі, учень повинен мати висновок консультативного центру про необхідність такої форми допомоги. Викладання в терапевтичному класі відбувається за шкільними програмами, але з адаптацією методів і форм роботи до індивідуальних потреб і психофізичних здібностей учнів.

Персоналізований навчальний шлях призначений для учнів, які не повинні залишатися вдома (вони можуть відвідувати школу), але через труднощі, з якими вони стикаються при функціонуванні або внаслідок поганого самопочуття, вони не можуть опанувати всі освітні заходи з основною групою. Учень, охоплений цією формою допомоги, відвідує частину навчальних заходів з класом а інші, відібрані відповідно до його потреб, проводяться наодинці з учителем, в окремі кімнаті в школі. Включення учня в індивідуальний навчальний шлях вимагає висновку консультативного центру про необхідність зазначеної форми допомоги.

Система оцінювання знань в інтеграційних класах узгоджується з системою оцінювання в школі. Викладачі інтеграційних класів зобов'язані адаптувати освітні вимоги до можливостей учня який має специфічні труднощі в навчанні або дефіцит розвитку, що унеможливує виконання вимог навчального плану.

При оцінюванні учнів вчителі повинні враховувати, перш за все, прогрес окремих учнів в науці та враховувати зусилля і ступінь дотримання шкільних обов'язків.

Висновок:

Вибір «правильного» класу – вкрай важке рішення для всіх батьків. Безсумнівними перевагами інтеграційної освіти є: задоволення індивідуальних соціальних та освітніх потреб кожної дитини; забезпечення кожної дитини безпекою та прийняттям; формування позитивних рис особистості; розвиток «незалежності» учня з «особливостями в розвитку»; підготовка дітей до життя в суспільстві; догляд за дітьми вчителем та асистентом; відносно малий розмір групи; контакт здорових дітей з колегами з «інакшістю»; розвиток толерантності до відмінностей та недосконалості інших людей у здорових однолітків.

Батьки, які обирають інтеграційний клас для своєї дитини, повинні пам'ятати, що головна і найважливіша мета інтеграційного класу – разом вчитися і разом проводити дозвілля здорових однолітків та їх «особливих» дітей. Так, це не простий шлях для обох сторін, і конфліктів та непорозумінь навряд чи вдасться оминати, але тільки спільними зусиллями ми зможемо змінити світ, – зробити його добрішим та позбавитись власного егоїзму «здоровості».

Список використаних джерел:

1. Ільїна О.В.(2018) Особистісна підготовка студентів-ортопедagogів як складник психологічної готовності до майбутньої роботи за фахом. Журнал «Теорія та практика сучасної психології», Запоріжжя:Класичний приватний університет. № 4, С.168-175
2. Ільїна О.В.(2018)Операційно-діяльнісна складова підготовки ортопедagogа-реабілітолога в умовах вищого навчального закладу. Журнал «Часопис» Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, випуск 36, К.: Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова. С.42-50
3. <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2020/03/asystemt-osoby-niepelnosprawnej.pdf>
4. <https://szkola-podstawowa.edu.pl/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna/>

УДК: 797.035:796.012-053

Литв'яков Михайло,
вчитель фізичного виховання,
КУ «Центр реабілітації осіб з
вадами психофізичного розвитку»,
(Одеса, Україна)

ВИКОРИСТАННЯ РЕЛАКСАЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ВОДНОГО СЕРЕДОВИЩА В КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Анотація. В статті розглядаються можливості використання релаксаційних властивостей водного середовища в корекції фізичного розвитку на прикладі корекційно-профілактичного плавання для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Актуальність. Лікувально-відновлювальні властивості води в реабілітаційних системах відомі вже давно і достатньо ефективно використовуються в корекційній роботі у осіб з порушенням опорно-рухового апарату. Але це в більшому ступені відноситься до дорослих людей із значними проблемами у хребцевому стовбурі. Відносно дітей дошкільного і молодшого шкільного віку питання гідрокорекції рухових порушень висвітлені в науковій літературі недостатньо широко, що зумовило актуальність цієї статті.

Мета дослідження. Проаналізувати вплив релаксаційних властивостей водного середовища на корекцію фізичного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Зупинимось детальніше на такій унікальній властивості води, як *релаксаційна дія* на опорно-руховий апарат людини (дитини). Загальновідомо, що навіть у здорових дітей і дорослих, які деякий час знаходяться у водному середовищі, простежується ефект тимчасового розслаблення скелета та м'язово-фасціальної системи. Вода має загальну психофізичну релаксаційну властивість.

Релаксація (від лат. *Relaxatio* «ослаблення, розслаблення») – зниження тону м'язової мускулатури. Релаксація – глибоке м'язове розслаблення, що супроводжується зняттям психічної напруги. Можна вести мову про комплексну психофізичну релаксацію, бо вони дуже тісно пов'язані між собою. Прийнято вважати, що релаксація може бути досягнута в результаті застосування спеціальних психофізіологічних технік, фізіотерапії і лікарських препаратів. Але в нашому випадку навіть просто знаходження дитини у воді забезпечує їй ефективну релаксацію. Вважається, що релаксація сприяє зняттю психічної напруги, через що вона широко застосовується в психотерапії, при гіпнозі і самогіпнозі, в йозі і в багатьох інших оздоровчих системах. Релаксація, поряд з медитацією, набула великої популярності як засіб боротьби зі стресом і психосоматичними захворюваннями.

Функціональна терапія, що проводиться у водному середовищі, допомагає відновленню в більш короткі терміни рухової функції суглобів, сприяє релаксації напружених і зміцненню ослаблених м'язів, знижує больовий синдром, надає тренувальну дію на опорну функцію, а також позитивно впливає на загальний психоемоційний статус дитини [3].

Нас зацікавив цей природний релаксаційний феномен водного середовища в контексті корекції фізичного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Головним з них є **антигравітаційний ефект**. Водне середовище має унікальну здатність, засновану на виштовхуючій (Архімедовій) силі понижувати дію сили тяжіння, отже, зменшувати вагу дитини. Цей феномен може бути використаний для профілактики і корекції різних порушень постави у всіх трьох площинах (фронтальній, сагітальній і вертикальній). Тимчасове зменшення дії сили тяжіння сприятиме зниженню деформуючої дії гравітації на скелет дитини, що сприятиме подальшій корекції сколіотичної, кіфотичної і лордотичної постави, а також їх поєднань. Варто зазначити, що під час такого дозованого гравітаційного розвантаження створюватимуться умови для росту тіла хребців [2].

Виникаюча при зануренні тіла в воду виштовхуюча сила спрямована суворо в протилежну сторону від напрямку дії сили тяжіння і нейтралізує її дію, знижуючи вагу тіла дитини, що знаходиться у воді. Кінцівка, повністю занурена в воду, втрачає 9/10 своєї ваги. Такий розрахунок можна зробити і в цілому по тілу дитини: наприклад, дошкільник вагою в 20 кг в воді буде важити приблизно 2 кг. В воді людина перебуває в стані гідростатичної невагомості. Це розвантажує опорно-руховий апарат від тиску на нього ваги тіла, породжує ефект невагомості.

Другою складовою релаксації у водному середовищі є **тракційний ефект (ефект витягування, розтягування)**. Тракційна терапія виконується в першу чергу для усунення больового синдрому, виникаючого в результаті розвитку дегенеративно-дистрофічних змін в хрящових міжхребцевих дисках та суглобах кінцівок. Витягування хребта сприяє «розвантаженню» міжхребцевих дисків, збільшенню діастази між суглобовими поверхнями міжхребцевих суглобів, звільненню від стискання нервових утворень хребта. В теплій воді, що сприяє розслабленню м'язів та різкому зниженню дії сил гравітації, витягування хребта здійснюється значно ефективніше, ніж в звичайних умовах.

Тракційний ефект у воді має велике значення і може бути застосований у корекційно спрямованому плаванні. Суть його – у дозованому витягуванні скелета (особливо хребетного стовпа) дитини у воді в горизонтальному і розвантажувальному положеннях, що може бути основою для подолання наявних у верхніх і нижніх кінцівках спастичних парезів [4, с. 342-349].

Ще однією складовою релаксаційного феномену води є **термоефект** водного середовища, який досягається під час перебування дитини у відносно теплій воді (за нормативами – для дошкільників 30 – 32° за Цельсієм). Саме в такому середовищі в напружених

м'язах спостерігається релаксаційний ефект, коли локальні м'язові спазми розпускаються і настає реліз, тобто відбувається поліпшення циркуляції крові і відповідне вивільнення енергії, необхідної для життєдіяльності тканин, органів і систем організму дитини.

Активні рухи в теплій воді, особливо в периферичних відділах кінцівок, завдяки позитивному впливу м'язових скорочень на гемодинаміку, допомагають венозному відтоку, лімфообігу, зменшують посттравматичну набряклість кінцівок. Сприятливий вплив гідростатичних властивостей води на кровоносні судини зростає внаслідок поєднання гідростатичного і теплового ефекту [1].

На загальний релаксаційний феномен водного середовища впливає також **вібраційно-хвильовий ефект**, який полягає в домінуванні при перебуванні у воді і плаванні вібраційних і хвильових рухів, які містять у своїй анатомо-фізіологічній основі великий оздоровлюючий потенціал. Такі рухи сприяють розслабленню напружених м'язів і розробці малорухливих суглобів; з їх допомогою можна гармонізувати стан опорно-рухового апарату в цілому і хребетного стовпа зокрема, а також корекцію наявних порушень постави, підвищити відчуття свого тіла і окремих його частин. Вібраційно-хвильові рухи сприяють поліпшенню струму енергії в організмі дитини і знімають дискомфортні, больові відчуття в окремих його біоланках.

Говорячи про можливість релаксаційного феномену водного середовища, неможливо обминути **психокорекційний ефект**. Не можна не враховувати і позитивні емоції, що виникають при виконанні фізичних вправ у водному середовищі, на заняттях із плавання. На думку фахівців, вправи в воді надають психотерапевтичний вплив [1]. Знаходження у водному середовищі розслабляє тіло дитини, що автоматично, за допомогою механізму психосоматичних взаємозв'язків заспокоює її, знижує її психічне збудження. Особливе значення цей ефект справляє на дітей гіперзбудливих, гіперактивних, які страждають синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю (СДУГ), а також іншими видами порушення поведінки. Вода в цьому плані є найкращим психотерапевтом. Заняття з дітьми в басейні допомагають позбутися зайвих страхів, неврозів, депресій, хронічної втоми і больового синдрому. Природна радість, яка виникає від взаємодії з водою, сприяє виділенню в кров гормону задоволення – ендорфіну, що значною мірою поліпшує загальний психічний стан дітей і оптимізує моделі їхньої поведінки [2].

Вищезазначений ефект психологічної релаксації можна доповнити заспокоюючим **тактильним ефектом**. При різних рухах у воді та плаванні виникає тактильний контакт води зі шкірою дитини. Тепла вода, за своєю консистенцією м'яка на дотик, сприяє заспокоєнню дитини, стабілізації її психічного стану.

Зупинимось на основних напрямках використання релаксаційного феномену водного середовища у корекції фізичного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Варіант 1. В процесі цього розслаблення автоматично знімаються наявні у дитини м'язові блоки і рестрикції, викликані різними причинами. Частіше за все це – природні або штучні асиметрії опорно-рухового апарату дитини, які приводять до того, що більш розвинена сторона тіла (кінцівки) беруть на себе додаткове фізичне навантаження, компенсуючи слабкість м'язів з іншого боку. В результаті цього хронічного перевантаження з часом з'являються зони напруження, які формують блоки з відповідної сторони тіла. Знаходження дітей у воді знімає напругу з цих перевантажених м'язово-суглобових утворень і гармонізують діяльність всього опорно-рухового апарату дитини.

Варіант 2. Релаксація особливо ефективна для людей із підвищеним м'язовим тонусом. Доведено, що підвищений м'язовий тонус веде до розвитку захворювань. Для людей зі зниженим м'язовим тонусом ефект релаксації буде менше. Різке або прогресуюче зниження або підвищення м'язового тонусу може бути результатом хвороби [5]

Варіант 3. Цей релаксаційний гідрофеномен має ще більшу актуальність по відношенню до дітей зі спастичним синдромом рухових порушень та тугорухливості в суглобах. Маються на увазі діти з неприродно підвищеним тонусом м'язів тулуба та кінцівок внаслідок легкого чи помірного пригнічення або травмування тієї або іншої ділянки центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді або під час пологів.

Варіант 4. Окремо слід зазначити варіант гідрокорекції із дітьми, що страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП). Перш за все, маються на увазі спастичні форми ДЦП: спастична діплегія, правобічний або лівобічний геміпарез, подвійна геміплегія. При цих варіантах захворювань ДЦП тонус м'язів буває дуже підвищений за спастичним типом, іноді навіть до неможливості рухати кінцівкою. Навіть лише перебування дитини-спастика в теплій воді, особливо в горизонтальних положеннях (вона тримається при цьому руками за бортик або за поручень сходів), значною мірою знизить наявну м'язову гіпертонію і в такій же мірі розблокує малорухливі суглоби[2].

Список використаних джерел:

1. Андрияшек Ю. И., Ежов В. В. Гидротерапия М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2007. 157 с.
2. Єфименко М. М. Литв'яков М. В. АКВА-ТЕАТР: парціальна програма адаптації дітей раннього та дошкільного віку до водного середовища і навчання плаванню. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. 100 с.
3. Каптелин А. Ф. Гидрокинезотерапия в ортопеди и травматологии М.: Медицина, 1986. 224 с.
4. Педагогіка й сучасні аспекти фізичного виховання: збірник наукових праць VII Міжнародної науково-практичної конференції. За заг. ред. Ю. О. Долинного. Краматорськ: ДДМА, 2021. 434 с.
5. Эберт, Д. Стресс и релаксация. Пер. с нем. Р. С. Минвалеева. Leipzig: Veb Georg Thieme, 1999. 166 с.

УДК 364-786

Луценко Олена,

доцент, Харківський національний педагогічний
університет ім.Г.С.Сковороди

(м.Харків, Україна)

Казачінер Олена,

доцент, Харківський національний педагогічний
університет ім.Г.С.Сковороди

(м.Харків, Україна)

Дрожик Людмила,

доцент, Харківський національний педагогічний
університет ім.Г.С.Сковороди

(м.Харків, Україна)

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПОБУТОВОЇ АДАПТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ ДИТИНИ

Ерготерапія як галузь реабілітації набуває все більшої популярності. Така цікавість до цього напрямку зумовлена тим, що ерготерапія розширює можливості соціалізації дитини, дає змогу оволодіти як побутовими, так і професійними навичками. Комплекс ерготерапевтичних заходів базується на врахуванні наявних функціональних можливостей організму дитини та розвитку можливих компенсаторних навичок при неможливості розвинути або відновити

фізіологічні рухи. Оскільки рука має величезну кількість різноманітних функцій у повсякденному житті людини ерготерапія виділена в окремий напрямок реабілітації.

У зарубіжній літературі терміну “ерготерапія” відповідає термін “occupational therapy”, який є ширшим і охоплює такі сфери, як оснащення приміщення для дитини з особливими потребами, надання рекомендацій щодо режиму праці та відпочинку, тощо.

В Україні під ерготерапією мається на увазі в першу чергу розвиток або відновлення функції верхньої кінцівки як основного робочого органу для самообслуговування та професійної діяльності. З цією метою застосовується обладнання, яке розвиває основні види захвату пальцями кисті, рухи у зап'ястку (згинання, розгинання, відведення, приведення), у ліктьовому суглобі (згинання, розгинання, супінація, пронація) та у плечовому суглобі (згинання, розгинання, відведення, кругові рухи). За рахунок особливості будови плечового суглобу він може компенсувати відсутність або обмеження рухів у ліктьовому та променево-зап'ястковому суглобах. Нажаль, функцію захвату пальцями неможливо компенсувати в повній мірі за рахунок інших суглобів. Тому розвиток дрібної моторики є першочерговим завданням ерготерапії.

Але на сьогоднішній день можливості ерготерапії у дитячому віці використовується не в повному обсязі. Акцент методу все ще залишається на формуванні побутових навичок та самообслуговування. Поза увагою фахівців залишається використання зв'язку функції руки та вищих психічних функцій в рамках ерготерапевтичних занять.

Таке поєднання розвитку рухових та когнітивних навичок має під собою анатомо-фізіологічне підґрунтя.

Добре відомо представництво рухових та сенсорних зон в корі великих півкуль. Найбільшу частину у цьому представництві складає саме кисть. Тобто, стимулювання всіх видів рецепторів цієї зони буде стимулювати розвиток найбільшої кількості нових нейронних зв'язків в корі головного мозку дитини. З іншого боку, пальці мають найбільшу кількість різноманітних рецепторів, стимуляція яких і призводить до розвитку тих самих нейронних зв'язків. Таким чином, практично будь-яке заняття дитини, в якому вона використовує руки, буде корисним.

Але основна мета ерготерапії полягає у ціленаправленому розвитку певних завершених, ефективних та автоматизованих дій, які дають змогу дитині обслуговувати себе та бути незалежною від сторонньої допомоги.

В залежності від віку дитини з метою розвитку її вищих психічних функцій можна застосовувати масаж пальчиків, дотики всіма та окремими пальчиками до поверхонь різної температури, різної фактури. Також доцільно давати обмацувати дитині предмети різної форми. Всі ці дії мають бути з участю дорослих та супроводжуватися відповідними коментарями щодо відчуттів дитини. Кількість таких вправ за одне заняття може бути невеликою, але мати достатньо повторів.

Якщо дитина вже опанувала якусь кількість цілеспрямованих рухів, доцільно у заняттях використовувати пальчикову гімнастику для більш точної координації рухів. Також можна використовувати вправи динамічного праксису для розвитку функції серійної організації рухів, що у майбутньому стане підґрунтям до успішного засвоєння письма.

Досить захоплюючим видом ерготерапії є пальчиковий театр. Тут найбільше значення має саме залучення пам'яті, уваги та уяви дитини, а рухова активність рук буде на другому місці.

Імітаційні ігри – ще один напрямок поєднання ерготерапії та розвитку вищих психічних функцій. Ігри можуть бути як побутового (імітація приготування їжі, імітація прасування, складання речей певним способом, тощо), так і професійного змісту (магазин, бібліотека,

перукарня, досліди, розкопки та інш.). Оскільки гра до певного віку є основним видом діяльності дитини, діти залюбки включаються в цей процес.

Велике значення для розвитку як рухових, так і когнітивних функцій мають бімануальні вправи, які активізують обидві півкулі головного мозку. Такі вправи можна використовувати у форматі побутової діяльності або у форматі окремих занять. Це ліплення з різних матеріалів – тіста, глини, пластиліну, кінестетичного піску. В цьому процесі задіяні також тактильні і температурні рецептори. Додатково в процесі ліплення з різних матеріалів дитина опановує вміння дозувати м'язове зусилля.

Найбільш потужним та ефективним засобом ерготерапії, який активізує увагу, пам'ять та сприяє психічному розвитку дитини є арт-терапія. Малювання пальчиковими фарбами просте в застосуванні, але має комплексний вплив: це і можливість розрізняти кінестетичні відчуття в пальцях в залежності від фактури паперу та кількості фарби на пальці, і почергове використання різних пальців під керівництвом дорослого. Різні кольори стимулюють зорові поля і у поєднанні з кінестетичними відчуттями дають змогу дитині швидше запам'ятати кольори. Малювання певних форм і фігур активізує пропріорецепцію. Це прискорює запам'ятовування та можливість відрізняти ці фігури візуально, а також намалювати їх з заплющеними очима.

Будь-які види декоративно-ужиткового мистецтва – ткацтво, вишивка, бісероплетіння, в'язання гачком та спицями, різьба по дереву, тощо, також застосовується як засіб ерготерапії. Це більш складні види діяльності, які розвивають увагу, пам'ять, а також мають корисний продукт (виріб), яким дитина може пишатися та підвищити свою самооцінку.

Загалом можливості ерготерапії у комбінації з розвитком вищих психічних функцій дитини дуже широкі та потребують від фахівці знань як з анатомії та фізіології рухів, так і з нейропсихології та особливостей психічного розвитку дітей різного віку. Роль фахівця в таких заняттях є вирішальною для досягнення дитиною успіху.

Поєднання під час занять ерготерапією простих механічних рухів та сюжетних ігор, вправ на запам'ятовування та впізнавання кольорів, предметів та форм, розрізнення температурних відчуттів не тільки сприяє комплексному розвитку дитини, але й робить його цікавим. Інтерес дитини до певного виду діяльності є запорукою того, що дитина буде охоче повертатися до таких занять.

Список використаних джерел:

1. Мальцев С. Б. Руководство по внедрению эрготерапии как нового вида деятельности в учреждениях, оказывающих социальные услуги. Oxford Policy Management, 2011. 47 с.
2. Потапова Л. В., Козачок А.В., Потапова О.В. Ерготерапія як новий підхід до фізичної реабілітації. *Вісник Запорізького національного університету. Фізичне виховання та спорт.* 2017. № 1. С. 154-160.
3. Пустовойт Б.А., Пустовойт К.Б. Сучасні погляди ерготерапії. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології.* 2017. № 1. С. 64-69.
4. Мельник В. С. Кора півкуль великого мозку. Вищі мозкові функції та їх порушення / В. С. Мельник. // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. – №4. – С. 84–87.
5. Шульговский В.В. Основы нейрофизиологии. 2-е изд. М., 2005.
6. Псеунок А.А. Основы анатомии и физиологии детей и подростков (лекции). – Майкоп: изд-во АГУ, 2006. – 180 с.

Максимчук Виктория,
кандидат психологических наук, доцент,
Войну Наталья,
директор вспомогательной школы №7,
учитель трудового обучения
Потынгэ Дина,
учитель трудового обучения
г. Кишинёв, Молдова

ПРОБЛЕМЫ ТРУДОВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Трудовой обучение детей с детским церебральным параличом (ДЦП) является приоритетной задачей современного специального и инклюзивного образования. Но, как известно из специальной литературы [1,2,3] и собственных наблюдений эта категория детей имеет целый ряд особенностей, мешающих интегрироваться в трудовую деятельность и быть полноценным членом общества: узость и бедность представлений, недостаточность сенсорного опыта, ограничение средств общения (крики, эмоции, отдельные жесты, звукоподражание и отдельные слова), проявление инфантильных черт личности как следствие гиперопёки. Все дети имеют низкий уровень развития психомоторики. Чаще всего в семьях таких детей не учат ощупывать предметы, манипулировать ими и применять их в деятельности. Из-за имеющихся интеллектуальных и моторных нарушений дети не могут спонтанно или по подражанию овладеть предметно практическими действиями. Все это мешает формированию трудовой деятельности.

Работая во вспомогательной школе №7 г. Кишинёва мы каждый день сталкиваемся с этой проблемой. Поэтому, начиная с начальных классов школы, мы стараемся сформировать хоть какие - то основы предметно-практической деятельности для будущего трудового обучения. Для этого мы основываемся на условиях реализации предметно-практической деятельности: 1) общение с людьми в процессе удовлетворения важных жизненных ситуаций; 2) создание специальных условий для использования предметов окружающей среды.

На первоначальном этапе обучения наши ученики знакомятся с небольшим количеством бытовых предметов в режимных моментах. Е. Топоркова отмечает [4, с.279] основные характеристики режима дня: постоянство одних и тех же действий, а также времени и места, где они совершаются; многократное повторение одних и тех же действий в течение определённого отрезка времени; умение действовать определённым одинаковым для всех участников режимного процесса образом.

На уроках в начальной школе при выполнении заданий во время перемены или других режимных моментах школы, мы соблюдаем определённый алгоритм «цепочка действий»: побуждение к началу действия (предъявление доступного средства общения, сообщение о предстоящей деятельности); совместное выполнение элементов действия, обобщение действия (при помощи доступных средств общения); завершение действия (с указанием на его конец). Таким образом, в начальной школе происходит формирование предметно-бытовой деятельности, которая мотивирует поведение, формируются средства общения. В дальнейшем появляется возможность стимулировать познавательную деятельность при выполнении различных действий с предметами: нанизывание, открывание, закрывания, откручивание,

натягивание, вкладывание, бросание, перекладывание и группировка. Важно помнить, что при реализации данных действий решаются следующие задачи: формирование целенаправленной деятельности и способы ориентировки в деятельности; развитие зрительно-моторной координации; развитие навыка захвата, подражания, зрительного и слухового внимания; стимуляция развития комплексов ощущений; использование доступных средств коммуникации [4].

Поэтому чаще всего все наши занятия в начальной школе включает обучение адекватным действиям с предметами, обучение целенаправленным предметно-практическим действиям. Благодаря этому появляются следующие вопросы: «Что это? Что делает?».

Разумеется, результативность первоначального этапа развития предметно-практической деятельности зависит от индивидуальных особенностей ученика, которые учитываются при составлении индивидуального учебного плана. В дальнейшем на гимназическом уровне главная цель трудового обучения - формирования навыков трудовой деятельности согласно индивидуальным возможностям ученика. На гимназическом уровне в организации уроков трудового обучения мы преследуем осуществление некоторых общих задач в абилитации данной категории детей: соблюдение техники безопасности, обогащение знаний посредством активного и прямого контакта с различными материалами и предметами; активизация личности при включении в последовательность деятельности с позиции моторики; реализации трудового обучения как терапевтического процесса в рамках индивидуально - типологического развития каждого ребёнка [2].

Все уроки по трудовому обучению для учеников с ДЦП проходят чаще всего индивидуально. Приводим некоторые из методов, которые у нас используют специальные психопедагогики на уроках труда в подготовительном этапе: рисунок, окрашивание при помощи полых фигур, работа с ножницами, сгибание листов бумаги, упражнения с пластилином, керамика, различные виды плетения.

Всегда надо помнить, что такие ученики быстро устают, поэтому необходимы упражнения по релаксации. Во время уроков специальный психопедагог должен думать о развитии навыков самостоятельности, оказание конкретной помощи, необходимой поддержки и постепенное уменьшение контроля.

При использовании методов работы на уроках трудового обучения также у нас в школе участвует междисциплинарная комиссия: воспитатель, логопед, психолог, учитель физкультуры.

При проектировании уроков важным является: разработка главных целей, оперативные цели (развитие познавательной сферы, психомоторики и эмоциональной сферы); методы и процедуры (беседа, наблюдение, демонстрация, практическое упражнение, самостоятельная работа, дидактическая игра) также включены материалы, оборудование, формы организации уроков. Дидактический сценарий включает: организационный момент, привлечение внимания, объявление темы, демонстрация образца деятельности, оценка результатов деятельности и завершение деятельности.

Содержание программно-методического материала представлено соответствующими профилями трудовой подготовки: керамика, кинусайга, ткачество, деревообработка, работа с вторичным сырьём, вышивка бусинками и пайетками, композиции из натуральных материалов по разной тематике, техника моделирования, техника форм из текстильного материала, техника шаблона, оригами, изготовление мягких игрушек. Остановимся на наиболее часто используемых техниках в работе в нашей школе. Можно сказать, что керамика является «ручным ремеслом» При керамике глина довольно податлива и ученик легко может сделать

любое изделие. Обычно у нас в школе керамика это кружок, где дети знакомятся с художественно – техническими приёмами лепки и росписи и учатся создавать различные керамические изделия. Обычно это изделия на тему нового года, пасхи, изготовление ваз. В принципе керамика является продолжением работы по развитию предметно-практической деятельности, лепки, изобразительного искусства.

Другим направлением работы является кинусайга. Ученикам даётся рисунок на пенопласте. При помощи ножа режем по контуру, стараясь неглубоко. Затем идёт работа по подготовке ткани: нарезаются кусочки, натягивается ткань, и края этой ткани вводятся в разрезанный контур. После заполнения всего рисунка, края тканей склеиваются.

Другой раздел трудовой подготовки является деревообработка. Доступными операциями для нашей категории детей являются сверление, пиление, соединение деревянных деталей.

Последнее время применяют моделирования с натуральным материалом, вышивка пайетками, изготовление мягких игрушек.

В заключении хотелось бы отметить следующее:

1. трудовое обучение является одним из главных занятий в нашем профиле учреждения, поскольку у учеников формируется предметно-практическая деятельность, навыки самообслуживания, трудовой и стимулирования познавательной деятельности и как конечный результат оптимальная социализация в обществе.

2. ДЦП это сложное нарушение в развитии, поэтому формирование навыков трудовой деятельности могут препятствовать несколько типов нарушения в развитии.

3. подготовка к предметно-практической деятельности и переход в трудовую происходит согласно индивидуальным особенностям.

4. трудовое обучение является целым терапевтическим процессом, где ученики усваивают основные этапы деятельности, формируется контроль и самоконтроль и созерцают окончательный результат.

Список использованных источников:

1. Racu A., Daniî A. Educația complexă și integrată. Chișinău: Univers Pedagogic, 2006. 208 p.
2. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 192 с
3. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М.: Владос, 2004. 368 с.
4. Топоркова Е., Орлова А.В., Цырюльникова Е.Л. Предметно-практическая деятельность у детей с множественными нарушениями в развитии. Обучение детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития. Сборник материалов 1-й международной научно-практической конференции 27-29 ноября 2013 года. Под науч. ред. Яковлевой И.И. Санкт- Петербург, 2014, с. 278-282.

Малинович Лариса,
кандидат психологічних наук,
вчителька-логопедина ЗДО № 55
Вітюк Мирослава,
вчителька-логопедина ЗДО № 31
м. Львів, Україна

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛОГОПЕДИЧНИМ СУПРОВОДОМ СІМ'Ю ДИТИНИ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Сьогодні в Україні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей із складними порушеннями мовлення. Факт збільшення кількості дітей дошкільного віку, котрі мають порушення мовленнєвого розвитку (Н.В. Вісневська, Н.В. Манько, В.М. Синьов, В.В. Тарасун, В.В. Тищенко, М.К. Шеремет та ін.), вимагає перегляду методів та форм виховання та навчання зазначеної категорії дітей. Сьогодні досить гострою проблемою логопедичної галузі є проблема дизартрії, корекція якої має важливе медико-педагогічне, психологічне та соціальне значення. Як свідчить статистика, поширення дизартричних проявів у дітей дошкільного віку зростає з кожним роком, особливо часто зустрічається стерта форма дизартрії. Реформування сталої системи закладів компенсуючого типу, руйнівний процес деінституалізації в країні, що привів до ліквідації логопедичних груп, зумовили зміну акцентів професійної діяльності логопедів ЗДО. Зазвичай батьки не розуміють важливості проведення комплексної, системної, одночасної корекційно-розвивальної роботи всіх функціональних систем, тому питання логопедичного супроводу сім'ї дитини з дизартричними порушеннями є надзвичайно актуальним.

Вся діяльність дитини здійснюється через дорослого, тому саме сім'я має розглядатися як основний розвивальний фактор розвитку дитини. Система логопедичного супроводу сім'ї дитини з мовленнєвими порушеннями дає можливість вчасно реагувати на прояви порушень психофізичного розвитку, коригувати їх з максимальною ефективністю. Основними складовими логопедичного супроводу сім'ї прийнято виділяти: інформування, консультування та логопедичну допомогу. Логопедичний супровід сімей, що виховують дитину з дизартричними розладами, має особливості у всіх вікових періодах. Завданням дошкільного періоду є формування адекватної оцінки батьками мовлення власної дитини, що досягається ознайомленням батьків з нормами мовленнєвого розвитку у дошкільному віці, причинами та наслідками мовленнєвих порушень. Основними напрямками корекційно-педагогічної роботи із сім'ями дітей-дизартриків є проведення специфічної цілеспрямованої роботи з розвитку загальної моторики, артикуляційної моторики, дрібної моторики пальців рук, а також проведення пальцевої гімнастики, дихальних та голосових вправ, застосуванням інноваційних технік релаксації та фрагментів гіпнотичних сеансів, вивченням англійської мови з її особливою вимовою.

У межах нашої програми логопедичного супроводу сім'ї, нами передбачено наступні форми роботи: логоінформування та логоконсультування. Програма логопедичного супроводу складалася з наступних блоків: інформаційного, діагностичного, консультативного, теоретичного, практичного. Зміст роботи логопеда ми пов'язували із віком дитини та спектром мовленнєвих порушень [2]. З логоінформування ми надавали батькам інформацію щодо закономірностей нормотипового та нетипового мовленнєвого розвитку, причин та наслідків мовленнєвих порушень, їх проявів [2]. Створення логоінформаційного поля мало на меті спонукати батьків до контролю перебігу розвитку мовлення дитини, співвіднести норми

мовленнєвого розвитку та стан мовлення власної дитини. Під час консультацій батькам нами наводились основні систематизовані наукові дані з нормотипового рухового та психічного розвитку дитини. Водночас основна увага приділялася мовленнєвому розвитку дошкільника, дослідженню причин та наслідків мовленнєвих порушень, стратегій оволодіння дитиною мовленням, шляхів інтенсифікації розвитку мовлення. Нами було забезпечено нормалізацію тону м'язів і моторики артикуляційного апарату (зменшення ступеня прояву рухових дефектів мовленнєвого апарату – спастичного парезу, гіперкінезів, атаксії, тонічних порушень), розвиток рухливості органів артикуляції, стимуляція рефлексів орального автоматизму, а потім їх загальмовування, розвиток дихання та голосу (вокалізація видиху, збільшення обсягу, тривалості і сили видиху, вироблення ритмічності дихання і рухів дитини) [1]. Дослідження психолого-педагогічних особливостей дошкільнят з дизартрією дозволило нам визначити основні напрями корекційно-педагогічної роботи [3], спрямованої на підвищення рівня соціально-побутової орієнтації та підготовку до шкільного навчання цих дітей: Нами було забезпечено розвиток і корекцію рухових навичок, у тому числі формування функціональних можливостей кистей рук для розширення навичок самообслуговування, формування графічних навичок і підготовки руки до письма. Формування практичних навичок з конструювання та образотворчої діяльності стало структурним компонентом корекційних занять. Особливо ефективним було використання обладнання для піскової та арт-терапії. На підгрупових заняттях нами було здійснено формування пізнавальної діяльності дитини і розвиток комунікативних навичок, забезпечено профілактику і корекцію порушень особистісного розвитку. Постійна взаємодія логопеда і родини реалізувала сучасний сімейно-центрований підхід у практиці логопедичної роботи сучасного ЗДО. Організований логоінформаційний простір забезпечував підвищення ступеня обізнаності, мотиваційну потребу батьків у контролі мовленнєвого розвитку дитини та свідомого пошуку логопедичної допомоги, а також підвищення її ефективності. Включення дітей із дизартричними порушеннями у спеціально організований спільно з батьками корекційно-розвивальний простір дозволяє ефективніше компенсувати порушення в психофізичному розвитку дитини і тим самим попереджати порушення в її пізнавальній діяльності та емоційно-вольовій сфері.

Провівши вивчення стану мовлення дітей старшого дошкільного віку двох ЗДО (м. Львів) нами було зафіксовано 20 % дітей із стертою формою дизартрії та 2 % із класичною псевдобульбарною формою, ускладненою ДЦП. Паралельно батьки забезпечували ефективну реабілітацію порушень психомоторики дітей-дизартриків в умовах РЦ «Еліта» (методика проф.В.Козьявкіна), у Інклюзивно-ресурсному центрі, що на практиці забезпечувало комплексний підхід у корекції складного мовленнєвого порушення – дизартрії. Логопедична робота при дизартрії нами проводилася в декілька етапів. На початкових етапах передбачалася робота з регуляції м'язового тону артикуляційного апарату. Саме з цією метою нами проводився диференційований масаж (ручний та із застосуванням спец обладнання – зондів), вправи для розвитку м'язів обличчя. Батькам наголошувалось, що вправи щодо організації моторики артикуляційного апарату та вправи на закріплення дихання (фізіологічного та мовленнєвого) повинні бути чітко дозовані, оскільки при надмірному навантаженні у дітей підвищуватиметься саливація, фібриляція язика, змінюватиметься забарвлення (з'являтиметься синюватий відтінок). Велика увага зверталася на розвиток загальної моторики, статички, вдосконалення навичок самообслуговування (користування ножем, ножицями, голкою); посилено дітей залучалося до занять із фізичного виховання, музичних занять із фрагментами логоритміки, гурткових занять із хореографії. Оскільки послідовність постановки звуків залежить від підготовленості артикуляційної бази, ми пропонували батькам учить дітей

вимовляти звуки по-наслідуванню та із застосуванням ігрових способів постановки (імітації звуків навколишнього світу. Пропонувалася наступна послідовність – голосні, прості приголосні, африкати, вібранти. Батькам повідомлялось, що розвиток дрібної моторики рук є обов'язковим елементом логопедичної роботи. Тому демонстрацію вправ супроводжували підбором мовленнєвого матеріалу, який обов'язково відповідав віку дитини. Переважна більшість ЗДО Львівщини працює за регіональною програмою «Українське дошкілля», яка забезпечена методичним мовленнєвим матеріалом у багатьох збірниках. Чи не найбільше чистомовок, скоромовок, лічилок, прозивалок запропоновано у «Хрестоматії з дитячої літератури» (упорядник Л.Козачок), які рекомендовані для вивчення у сучасних дошкільних закладах. Також пропонувалися спеціальні вправи для покращення просодичної сторони мовлення : вправляти темпо-ритмічну сторону мовлення, паузацію, наголос, тембр голосу з допомогою дитячих пісеньок, елементів драматизації дитячих казок, логоритмічних вправ, спеціальних схем. Рекомендувалося батькам використовувати сучасні гаджети, але увага зверталася на зміст матеріалу і його дозованість. Особливу увагу приділяли підбору лексичного матеріалу для автоматизації і диференціації звуків. Батькам пропонувалося ряд дидактичних ігор, настільних ігор. Пропонувався словник із основних лексичних тем (24), орієнтуючись на стан активного і пасивного словник дитини. На логоконсультаціях нами з'ясовувались наявність патогенних факторів у різні періоди розвитку дитини, які могли вплинути на формування різних компонентів мовленнєвої системи. Аналізувалися дані стосовно протікання мовленнєвого розвитку дитини; особливості становлення психомоторних функцій; перебіг соматичних (інфекційних) захворювань, оцінювали їх імовірний вплив на виникнення відхилень у ході її мовленнєвого розвитку. Логоконсультації з родинами вихованців-логопатів традиційно проводилися індивідуально, а в умовах локдауну (у зв'язку із пандемією Covid-19) з допомогою соцмереж. У вайбері нами були створено групи для батьків, впроваджувалися фрагменти дистанційного навчання (ZOOM). Водночас слід зазначити низьку ефективність такої форми роботи через ряд об'єктивних та суб'єктивних факторів здебільшого технічного та організаційного характеру, подекуди вагомий вплив мав людський (дитячий) чинник. Батькам пропонувалися фрагменти індивідуальних та підгрупових занять, тематичні презентації. Очні зустрічі відбувалися після святкових ранків чи батьківських зборах. Важливим елементом співпраці є поточний feet-back від батьків у зошитах зв'язку, журналах ефективності логопедичної корекції двічі на рік (січень, червень).

Отже, забезпечення на практиці системи логопедичного супроводу сім'ї дитини з дизартричними порушеннями дасть можливість вчасно коригувати порушення психофізичного розвитку, мовлення зокрема. В подальшому логоконсультування та логоінформування здійснюватимемо із використанням інтернет-сторінки фахівця чи сайту ЗДО.

Список використаних джерел:

1. Архипова Е.Ф. Корекційна робота з дітьми з церебральним паралічем. Домовленнєвий період: Книга для логопеда. - М., 1989.;
2. Корекційно-логопедична робота з дітьми, що страждають на церебральний параліч, на першому році життя: Методичні рекомендації / Упоряд. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова. - М., 1982.;
3. Ткачова В.В. Про деякі проблеми сімей, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку // Дефектологія. - 1998. - №9- 4;

Маруда Ольга,
аспірант кафедри психокорекційної
педагогіки факультету спеціальної
та інклюзивної освіти
НПУ імені М. Драгоманова,
м. Київ, Україна

КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ В УКРАЇНІ

В Україні одним із пріоритетних напрямків державної політики щодо осіб з інтелектуальними порушеннями є перехід від інституційного догляду до послуг на рівні громади, а отже і впровадження сучасних корекційно-педагогічних підходів до організації допомоги таким людям. З набуттям чинності у 2017 році Угоди про Асоціацію між Україною та Європейським Союзом наша країна взяла курс на євроінтеграцію та зобов'язалася ввести відповідні стандарти, що стосуються прав людей з інвалідністю у різних сферах їх життя, у тому числі в сфері надання послуг та допомоги [3].

Доросла людина з інтелектуальними порушеннями на сучасному етапі розвитку суспільства розглядається як особистість, яка має ті ж права, що й інші громадяни, але через особливості розвитку їй необхідні відповідні послуги та допомога. Лише при умові комплексного підходу та організації корекційно-педагогічної допомоги, відповідно до потреб такої особи, можливо досягнути оптимального рівня функціонування та розвитку.

Нормативно-правовою основою надання допомоги дорослим з інтелектуальними порушеннями в Україні є норми і положення, визначені Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, Законами України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про соціальні послуги» та іншими актами законодавства щодо забезпечення прав осіб на реабілітацію (абілітацію) з метою їх подальшої інтеграції в суспільство.

Корекційно-педагогічна допомога, як і будь-яка інша, має бути комплексною, охоплювати всі сфери особистості відповідно до індивідуальних потреб. Повинна мати практичну спрямованість та включати в себе різні види діяльності, які забезпечать можливість використання та закріплення навичок, що сформує вміння адаптуватися у суспільстві. При цьому допомога повинна носити індивідуальний характер, мати різну спрямованість і надаватися впродовж життя.

Наразі в Україні однією з форм отримання послуг для дорослих осіб з інтелектуальними порушеннями є реабілітаційні установи, що забезпечують тимчасове або постійне перебування отримувачів, які мають відповідні медичні показання і потребують спеціальних умов, для одержання ними комплексу реабілітаційних заходів.

На сьогодні особи з інвалідністю (усіх нозологічних форм захворювання) можуть бути забезпечені реабілітаційними послугами відповідно до Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80. Даний Порядок визначає механізм надання особам з інвалідністю та/або дітям з інвалідністю, та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності), послуг із

комплексної реабілітації (абілітації) в реабілітаційних установах лише комунальної та державної форми власності.

Такі установи забезпечують проведення комплексу заходів з соціальної, психологічної, психолого-педагогічної, професійної та трудової реабілітації (абілітації) відповідно до потреб особи [4,2]. Реабілітаційні заходи проводяться виключно на підставі індивідуальних планів реабілітації осіб, складених з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації, із залученням до участі в цьому процесі осіб і (за потреби) їхніх батьків або законних представників. В закладах здійснюється розвиток навичок автономного проживання осіб в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточення [2].

У центрах комплексної реабілітації є можливість отримання послуг, зокрема з професійної орієнтації, опанування особами трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей для подальшого професійного навчання.

Корекційно-педагогічна допомога дорослим з інтелектуальними порушеннями та весь реабілітаційний процес спрямовується на:

формування та розвиток основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до потреб особи, соціально-побутове влаштування та обслуговування, педагогічну корекцію з метою вироблення та підтримання навичок самостійного (автономного) проживання, стереотипів безпечної поведінки;

опанування навичок захисту своїх прав та інтересів, самоаналізу і позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення самостійного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (денний догляд, соціальний супровід, денна зайнятість тощо);

надання особі своєчасної та ефективної корекційної, соціальної психологічної допомоги та організацію реабілітаційного процесу відповідно до особливостей її психофізичного розвитку [2].

Реабілітаційні послуги, які включають і корекційно-педагогічну допомогу, дорослим особам з інвалідністю внаслідок інтелектуальних та психічних порушень в нашій країні надаються відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю (Додаток 2). Ця Програма спрямована на забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів і установлення контролю за якістю реабілітаційних послуг.

Для виконання Програми розроблено перелік послуг, що надаються особам з інвалідністю внаслідок інтелектуальних та психічних порушень. Послуги з реабілітації включають в себе медичну реабілітацію, психолого-педагогічну, фізичну, професійну, трудову, фізкультурно-спортивну, соціальну та побутову (навчання основних соціальних навичок, соціально-побутовий патронаж, працетерапія), забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації [1].

Індивідуальна програма реабілітації для особи з інвалідністю визначається згідно з переліком реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення залежно від нозологій захворювань.

Визначення гарантованого державою переліку реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються особі з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах забезпечує системний підхід в організації реабілітації та корекційно-

педагогічної допомоги особам з інвалідністю, послідовність і наступність у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство.

Отже, комплексна допомога особам з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень повинна включати в себе заходи, спрямовані на створення умов для всебічного розвитку таких осіб, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу.

Список використаних джерел:

1. Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю: Постанова КМУ від 08 грудня 2006р. № 1686.
2. Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю: Наказ Міністерства соціальної політики від 09 серпня 2016р. № 855.
3. Маруда О. Питання надання правової допомоги людям з інтелектуальними порушеннями у міжнародних документах. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 14 / за ред. О.В. Гаврилова, В.М. Синьова - Кам'янець-Подільський: ПП Медобори – 2006, 2019. – 364 с.
4. Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації): Постанова КМУ від 31 січня 2007р. № 80.

УДК 376.011.3-051

Никоненко Наталія,
кандидат педагогічних наук, доцент,
м. Дніпро, Україна

ПІДГОТОВКА ВЧИТЕЛІВ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В США

Відповідно до Закону США «Про освіту осіб із особливими освітніми потребами» (2004), порушення функцій опорно-рухового апарату (ПФОРА) визначається, як «тяжке ортопедичне порушення, яке негативно впливає на можливості фізичної активності та навчальної діяльності дитини». Законом визначено, що цей термін охоплює «порушення, викликані вродженими аномаліями, захворюваннями (наприклад, поліомієлітом, туберкульозом кісток тощо), та порушеннями інших етимологій (наприклад, дитячий церебральний параліч, ампутації, переломи кісток або опіки, які спричинили контрактури)». Такі учні можуть мати вторинні порушення (наприклад, порушення зору, слуху), а їхній інтелектуальний розвиток має спектр від обдарованого до інтелектуальних порушень глибокого ступеня. Зважаючи на широкий спектр порушень, об'єднаних у єдину категорію, очевидно, що потреби осіб із ПФОРА, зокрема й освітні, можуть суттєво відрізнятися. Серед учнів із ПФОРА є такі, що займаються за програмою загальної освіти, згодом отримують вищу освіту, а є такі, що зможуть оволодіти лише індивідуалізованою навчальною програмою та працювати із супроводом.

Однак, існують певні спільні особливості, характерні для більшості осіб із зазначеними порушеннями здоров'я. Найголовнішою серед них є подолання фізичних бар'єрів до отримання

освіти в звичайних умовах. Іншою особливістю є ймовірність перебування у лікарнях та інших медичних закладах протягом тривалого часу, оскільки там їм надавалася медична допомога. Саме ці особливості було закладено в основу розробки умов для навчання учнів із ПФОРА у США понад 150 років тому.

Говорячи про систему спеціальної освіти загалом, необхідно враховувати, що вона завжди була залежна від провідної для певної епохи моделі інвалідності. У дослідженні А.Г. Шевцова [1] подано ґрунтовний аналіз кожному із трьох глобальних моделей інвалідності (медичної, соціальної та неосоціальної), детально описано їх особливості, характерні риси та чинники, що обумовлювали розвиток людської спільноти. Основним чинником науковець називає «тип соціальної формації з певними соціокультурними характеристиками» [1, с. 78], оскільки він «породжує відповідне ставлення суспільства до осіб із обмеженнями життєдіяльності, модель інвалідності, моделі соціального реабілітування і відповідний розвиток спеціальної освіти».

За часи домінування медичної (в англійській літературі вживається термін «категоріальної») моделі інвалідності, практикувалося тривале перебування дітей із ПФОРА у лікарнях та спеціалізованих медичних установах. З того часу традиційним для США стало надання освітніх послуг для дітей із ПФОРА саме на базі медичних установ, де одночасно відбувалася і підготовка вчителів таких дітей [2, с. 6]. Досвід Сегена, Галадета, Ітарда та інших визначних педагогів ХІХ століття, які започаткували й очолювали таку підготовку, деякі вчені ще досі вважають найоптимальнішим. Проте у чистому вигляді він використовується лише окремими альтернативними програмами перепідготовки фахівців для отримання права навчати учнів спеціальної освіти.

Відповідно до медичної моделі інвалідності, перші академічні програми підготовки вчителів спеціальної освіти (1950-70 рр.) в умовах педагогічних коледжів та факультетів університетів США зберегли традиції категоріальної підготовки спеціальних педагогів, оскільки заклади закритого типу та лікарні було спеціалізовано для осіб із певною категорією порушень. На основі категоріального підходу було визначено 10 основних спеціалізацій програм підготовки спеціальних вчителів. До категорій, з якими було накопичено чималий досвід надання медичних та освітніх послуг («освіта осіб із порушеннями слуху та глухотою», «освіта осіб із порушеннями зору та сліпотою» та «освіта осіб із інтелектуальними порушеннями»), додалися «освіта осіб із фізичними порушеннями та іншими порушеннями здоров'я», «освіта осіб із мовленнєвими порушеннями», «освіта талановитих і обдарованих» тощо. Об'єднання двох типів порушень в єдину спеціалізацію «освіта осіб із порушеннями функцій опорно-рухового апарату та з особливими станами здоров'я» стало можливим завдяки фактору госпіталізації обох категорій учнів, яких доводилося одночасно навчати на базах лікарень, проте й нині спеціалізація існує саме в такій редакції. Відповідно до американської класифікації програм підготовки фахівців, спеціалізація 13.1008 «Освіта осіб із ортопедичними порушеннями та іншими порушеннями фізичного здоров'я» (“Education/Teaching of Individuals with Orthopedic and Other Physical Health Impairment”) [5] має за мету розробку освітніх послуг для дітей та дорослих із ПФОРА та іншими порушеннями фізичного здоров'я, які негативно впливають на їх навчальні результати, і передбачає підготовку фахівців для роботи із цією категорією здобувачів освіти.

Через стрімке зростання кількості учнів із ООП у закладах загальної освіти, гостру нестачу вчителів та заміну медичної моделі інвалідності на соціальну (некатегоріальну) у 1980-х рр. розпочався процес уніфікації підготовки спеціального вчителя. Навчальні програми перелаштували від підготовки до роботи з особами із певними порушеннями здоров'я до

підготовки «універсального» вчителя спеціальної освіти, що сприяло зростанню попиту на фахівців, які отримували підготовку для планування корекційної роботи, викладання та формування навичок суспільної поведінки у учнів, порушення здоров'я яких мали низький рівень поширення (інтелектуальні порушення важкого та глибокого ступенів, важкі порушення функцій опорно-рухового апарату, порушення слуху та зору, складні комплексні порушення). Альтернативною програмою стала програма підготовки вчителів спеціальної освіти для роботи з учнями, порушення яких мали високий рівень поширення (обмежені навчальні можливості, емоційні та поведінкові розлади) без додаткових спеціалізацій [2, с. 358]. Тип порушення не мав значення у підготовці.

Перехід від медичної і соціальної до неосоціальної моделі інвалідності, запровадження політики інклюзивного навчання вплинули на процес підготовки спеціальних вчителів у США. Одним із результатів змін суспільно-політичного ставлення до осіб із інвалідністю стало суттєве скорочення обсягів підготовки вчителів для навчання осіб із ПФОРА (а також інших спеціалізацій) та збільшення кількості фахівців спеціальної освіти із узагальноною спеціалізацією.

На жаль, у дослідженнях специфіки такої підготовки Heller K.W., Swinehart-Jones D. [3] знаходимо свідчення недостатньої її якості. У результаті проведеного у США національного дослідження з вивчення ефективності підготовки вчителів із узагальноною спеціалізацією для навчання учнів із ПФОРА було зроблено висновки, що теоретична та практична підготовка третини таких фахівців становить не більше 60% від необхідного рівня. Найбільші проблеми у них виникали із уміннями організації фізичного простору, модифікації методів викладання, використання допоміжних технічних та нетехнічних засобів тощо. Однак, у країні бракує навіть таких педагогів. Станом на 2017/18 н.р. 46 штатів звітували про значну нестачу спеціальних вчителів для навчання осіб із особливими освітніми потребами (ООП) у всіх категоріях закладів спеціальної освіти (спеціальних школах інтернатного типу, закладах загальної освіти від повної інклюзивної форми до сегрегованих спеціальних класів; у приватних закладах освіти; у закладах освіти на базі лікарень та для патронажу домашнього навчання). Даними офіційної статистики було засвідчено, що закладами вищої освіти готується близько половини необхідної кількості вчителів спеціальної освіти, і різниця між попитом на таких фахівців та їх наявною кількістю щороку збільшується.

Ситуація із підготовкою педагогічних кадрів для навчання осіб із порушеннями функцій опорно-рухового апарату викликає особливе занепокоєння. Із 7.1 мільйонів учнів із ООП (14% всіх учнів державних закладів загальної освіти) кількість учнів із ПФОРА становить 39 208 осіб (0,5%). За вказаною освітньою програмою здійснюється підготовка педагогічних працівників у 9 американських закладах вищої освіти, зокрема: CUNY Hunter College (Нью Йорк), Eastern Michigan University (Мічиган), Fresno Pacific University (Каліфорнія), University of Puerto Rico-Bayamon (Пуерто Ріко) та ін. У 2017/18 н. р. відбулось вручення диплому лише 1 бакалавру, а 2018/19 н. р. цими закладами було підготовано 1 бакалавр (Aquinas College (Мічиган)), 1 фахівець післядипломної освіти (CUNY Hunter College (Нью Йорк)), 61 бакалавр (University of Puerto Rico-Bayamon (Пуерто Ріко)).

Подібна ситуація характерна загалом по країні, простежується нерівномірність у забезпеченні педагогічними кадрами наведених програм підготовки у галузі, що безпосередньо впливає на якість надання освіти учням спеціальної освіти. Так, у 2018/19 н.р. галузь отримала 860 вчителів для навчання осіб із розладами аутистичного спектру та 149 педагогів для навчання учнів із інтелектуальними порушеннями, 151 вчителя учнів порушеннями зору і 9 педагогів для навчання учнів із травматичними порушеннями мозку.

Окрім вчителів спеціальної освіти, учнів із ПФОРА в інклюзивних освітніх середовищах навчають вчителі загальної освіти, кількість яких також недостатня. Відповідно до статистичних даних, Прогнозована потреба у вчителях для американських закладів освіти на 2025 р. – 316 тис. осіб за пропозиції 190 тис. осіб. Майбутні вчителі отримують окремі знання про специфіку викладання учням спеціальної освіти під час переддипломної підготовки. Зазвичай тривалість такої підготовки складає 3 кредити. Відповідно до опитування вчителів загальної освіти, 40% з них визначили низький рівень оволодіння понад половиною запропонованих компетентностей, і 50% погодилися, що їм слід оволодіти більшістю запропонованих компетентностей. В умовах, коли вчителі загальної освіти не можуть співпрацювати із вчителями спеціальної освіти із відповідною спеціалізацією, учні із ПФОРА не мають можливості отримати належного рівня освіти.

В умовах інклюзивного освітнього середовища першочерговими для вчителя та адміністрації закладу постають задачі усунення шкільних бар'єрів. Відповідно до індивідуальних навчальних програм учнів із ПФОРА, у яких значиться, що розклад учня повинен максимально зменшувати пересування школою, а самому учню гарантуються доступ до ліфтів для його полегшення. Відтак, створення безбар'єрного освітнього простору для закладу освіти означає: забезпечення транспортування на місце навчання, додому, між корпусами закладу, доступність аудиторій на різних поверхах однієї будівлі; розробка універсального дизайну простору навчальної аудиторії для полегшення маневрування нею; забезпечення логістики пересування учнів з ПФОРА для уникнення тривалих переходів між аудиторіями у натовпі інших учнів школи на перервах; розробка індивідуальної системи навчання та оцінювання навчальних результатів з фізичної культури у учнів із ПФОРА відповідно до його можливостей; налагодження ефективної взаємодії між учнями із ПФОРА та всіма іншими учасниками освітнього процесу.

За умов глобального впровадження дистанційного навчання учні із ПФОРА отримують рівний доступ до здобуття освіти у комфортних умовах домашнього навчання із застосуванням спеціалізованих допоміжних технологій. Однак, вчителю слід постійно враховувати недоліки дистанційного навчання для цієї категорії учнів, пов'язані із обмеженнями можливостей спілкування учнів із ПФОРА з іншими учнями класу, формування соціальних навичок та з погіршенням фізичного стану учнів через відсутність об'єктивної необхідності у постійній фізичній активності.

З метою розв'язання нагальних питань, що виникають у практичній діяльності вчителів учнів із ПФОРА, використовують численні методи: віртуальні або телефонні консультації; професійні зібрання; участь у роботі професійних асоціацій, організацій та об'єднань; підвищення кваліфікації вчителів-практиків у форматах літніх шкіл, групових занять, індивідуальних занять, дистанційних курсів, які можуть супроводжуватися консультаціями он-лайн, забезпеченням матеріалів для самостійного опрацювання та ін.

Окремо слід зазначити, що вчителі осіб із ПФОРА повинні володіти спеціальними цифровими допоміжними технологіями, зокрема додатком перетворення тексту на голос (Speak It!), додатком для полегшення читання для осіб із дислексією та порушеннями зору (Read2Go), додатком перетворення голосу на текст для осіб із дисграфією та дискалькулією (Dragon Dictation, Notability), калькулятор для осіб із порушеннями зору має великі клавіші і функцію озвучування (Talking Calculator), додаток для звичайних та десяткових дробів та відсотків шляхом унаочнення (Virtual Manipulatives!), додаток з малювання для осіб із порушеннями дрібної моторики (Draw Free for iPad).

Практика підготовки вчителів для осіб із ПФОРА розвинулася від клінічної підготовки на базах закритих закладів, у яких вони знаходились, до «підприємства з доволі нечіткими кордонами» [2, с. 358]. Поглиблене дослідження викладання та навчання піднімає серйозні питання про якість підготовки вчителів спеціальної освіти та концептуальні моделі її організації з метою відповідати викликам сучасної освіти та уточненню самого поняття «вчитель» у оновленому його розумінні.

Список використаних джерел:

1. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології. Київ: МП Леся, 2009. 484 с.
2. Brownell M.T., Sindelar P.T., Kiely M.T., Danielson L.C. Special Education Teacher Quality and Preparation: Exposing Foundations, Constructing a New Model. *Exceptional Children*. 2010, vol. 76, no. 3, pp. 357-377.
3. Heller K.W., Swinehart-Jones D. Supporting the Educational Needs of Students with Orthopedic Impairments. *Physical Disabilities: Education and Related Services*. 2003, vol. 22, n. 1, pp. 3-24.
4. Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, Pub. L. No. 108-446, 118 Stat. 2647 (2004).
5. National Center for Education Statistics. The Condition for Education. 2018. Centre for Educational Statistics; U.S. Department of Education. 2018. Available at: https://nces.ed.gov/programs/coe/indicator_cgg.asp accessed 15 March 2021).
6. National Center for Education Statistics. Classification of Instructional Programs (CIP 2000). U.S. Department of Education. 2018. Available at: <https://nces.ed.gov/ipeds/cipcode/cipdetail.aspx?y=55&cipid=88123> (accessed 15 March 2021).

УДК: 378.091.12-027.22.: [316.6:159.9-051]

Огороднійчук Зоя,

кандидат психологічних наук, професор
кафедри спеціальної психології та медицини

Дубовик Олена,

кандидат психологічних наук, доцент кафедри
спеціальної психології та медицини НПУ імені
М.П. Драгоманова

м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРЕНІНГУ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНИХ ЯКОСТЕЙ СПЕЦІАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА

В даній статті автори знайомлять з дослідженням проблеми професійно орієнтованих особистісних якостей майбутнього спеціального психолога без якого не можуть успішно здійснюватися новітні ортопсихологічні та корекційно-розвивальні технології.

Вивчення проблеми професійно орієнтованих особистісних якостей спеціального психолога дозволило визначити їх структуру. Вона включає такі симптомокомплекси: когнітивно-рефлексивний представлений показниками: інтелект, індивідуальний стиль мислення, інтуїція, рефлексія; морально-етичний охоплює емпатійність, сензитивність, альтруїзм, моральність, відповідальність; комунікативно-афіліативний характеризується комунікативністю, афіліативністю, компетентністю, потребою у саморозвитку, самореалізації та самоповазі.

Провідні форми психологічного впливу на становлення професійно орієнтованих особистісних якостей майбутнього психолога спеціальних закладів освіти було реалізовано через активізацію тренінгових вправ, які спрямовані на: сформованість розуміння студентами власного професійного «Я», прийняття себе в професії; навчання долати професійні труднощі, керувати власним професійним розвитком; долучення до професійно-творчого становлення та розвитку індивідуально-особистісних якостей психолога спеціальних закладів освіти. Вказані завдання вирішувалися шляхом стимулювання до рефлексії та вербалізації учасниками тренінгів життєвих та професійних цінностей; аналізу переваг студентських і професійних ролей; відпрацювання навичок професійного спілкування; формування позитивної «Я-концепції» психолога; вирішення професійно-творчих завдань.

У відповідності з виділеними в дослідженні симптомокомплексами та їхніми складовими була розроблена програма тренінгу професійно-особистісного зростання студентів-психологів зазначеного напрямку. У процесі його реалізації було застосовано такі базові тренінгові методи: групові дискусії, ділові і рольові ігри, модифікації «мозкового штурму», «конференції ідей», метод аналізу конкретних ситуацій та психогімнастика.

Порівняльний аналіз даних констатувального та формувального етапів дослідження дозволив констатувати зміни в становленні професійно орієнтованих особистісних якостей студентів-психологів до та після формувального експерименту, які засвідчують, що вони набули необхідного рівня професійно орієнтованих особистісних якостей психолога спеціальних закладів освіти.

За результатами формувального експерименту були встановлені зміни в показниках складників досліджуваних якостей відповідно до встановлених рівнів, що дозволило виявити інтегральні особливості професійно орієнтованих особистісних якостей майбутнього психолога спеціальних закладів освіти, а саме: на високому рівні когнітивно-рефлексивний компонент виявлено в 32 % випадків, морально-етичний 36 % та комунікативно-афіліативний у 32 %; на середньому рівні когнітивно-рефлексивний сформований у 46 % досліджуваних, морально-етичний 50 % та комунікативно-афіліативний у 49 %; на низькому рівні 22 %, 14 % та 19 % відповідно.

Статистично доведено, що у структурі професійно орієнтованих особистісних якостей майбутніх психологів спеціальних закладів існують складні багаторівневі зв'язки між окремими особистісними якостями, які впливають на саморегуляцію професійної діяльності. Кількісні та якісні дані дозволили стверджувати, що залежно від вимог професії, в структурі зазначених якостей майбутнього психолога досліджуваної категорії виділяється стрижневий компонент – здатність до емпатії, що є умовою становлення високоморального фахівця. Водночас, інші професійно орієнтовані особистісні якості є значущими та підпорядковуються морально-етичному симптомокомплексу.

Результати проведеного дослідження дають підстави дійти висновку про те, що професійно орієнтовані особистісні якості майбутнього психолога спеціальних закладів освіти є такими характеристиками особистості, які підлягають впливу і формуванню у процесі навчання у вищому навчальному закладі.

Оцінка ефективності запровадженої тренінгової програми здійснювалася на основі встановлення статистично значущих розбіжностей на констатувальному й контрольному етапах дослідження. Це дало змогу стверджувати, що розроблений тренінг професійно-особистісного зростання, в поєднанні з іншими методами професійного навчання складають ефективну систему комплексного впливу на процес становлення професійно орієнтованих особистісних якостей майбутнього психолога спеціальних закладів освіти.

Список використаних джерел:

1. Дубовик О. М. Вивчення професійно-особистісних якостей майбутніх спеціальних психологів / З. В. Огороднійчук, О. М. Дубовик // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць / Кам'янець-Подільський нац. ун-т імені Івана Огієнка, Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України; за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський, 2015. – Вип. 30. – С. 437–447.
2. Дубовик О. М. Технології проведення психологічних тренінгів для майбутніх психологів спеціальних закладів / О. М. Дубовик // Досвід України та країн Європейського Союзу у вирішенні актуальних проблем психології в сучасних соціально-політичних умовах : міжнар. наук.-практ. конф., 11 груд. 2015 р. / Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ, 2001. – С. 24.

УДК 159. 922. 76 – 056. 29 – 053. 4

Омельченко Ірина,

доктор психологічних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник відділу психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України
(Київ, Україна)

Кобильченко Вадим,

доктор психологічних наук, старший науковий співробітник, головний науковий співробітник відділу освіти дітей з порушеннями зору Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України
(Київ, Україна)

МЕТОДИЧНИЙ АРСЕНАЛ ДІАГНОСТУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕРЦЕПЦІЇ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

На сучасному етапі становлення спеціальної психології актуальності набуває обґрунтування методичного арсеналу діагностування соціальної перцепції у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем (далі ДЦП). Методика діагностування соціальної перцепції ґрунтувалася на науково-теоретичних положеннях фактологічного та атрибутивного наукових підходів (О. Бодальов, Н. Васіна) [3] до дослідження соціальної перцепції у дошкільників із ДЦП.

Для розв'язання основних завдань дослідження соціальної перцепції було проведено чотири серії дослідження.

Перша серія була спрямована на вивчення конативного компонента соціальної перцепції: визначення мотивів активізації сприймання іншої людини (однолітка й дорослого) у дітей із ДЦП, а також виділення провідних потреб, які актуалізуються у процесі її спілкування з однолітками та дорослими.

Друга серія дослідження спрямовувалась на вивчення змісту когнітивного компонента соціальної перцепції у дітей із ДЦП, з'ясування, за якими типами відбувається категоризація рис особистості об'єкта соціальної перцепції.

Третя серія дослідження була спрямована на вивчення змісту виконавчого компонента соціальної перцепції у дітей з ДЦП, виділення особливостей еталону експресії, завдяки якому у дитини формується перцептивний образ зображення людини, визначення переважаючого типу сприймання емоції і, частково, еталону експресії, який є основою впізнавання дитиною емоційного стану іншої людини; з'ясовувались також диференційованість експресивних ознак емоційних станів і вміння відтворювати емоційний стан людини різними засобами.

Четверта серія дослідження спрямовувалася на вивчення змісту диспозиційного компонента соціальної перцепції у дітей із ДЦП: визначення типів їх ставлення до членів сім'ї, а також з'ясування структури соціально-перцептивних здібностей дошкільників із ДЦП.

Методика „Вивчення впливу мотивації на стосунки дітей у спільній діяльності”. Ця методика є варіантом методики Г. Урунтаєвої, Ю. Афонькіної, адаптована Г. Урунтаєвою [4], та дозволяє: визначити, як різні за соціальною значущістю мотиви впливають на поведінку та діяльність дитини; визначити ставлення до процесу і результату спільної з ровесниками діяльності; визначити ставлення до діяльності ровесника, а саме бажання допомогти йому, прохання про допомогу, похвала успіхів товариша; визначити наявність конфліктних ситуацій, причини й способи їх вирішення.

Методика складена з урахуванням особливостей мотиваційної сфери дитини старшого дошкільного віку в нормі психофізичного розвитку; дослідження особливостей конативного компонента соціальної перцепції полягало у визначенні провідного мотиву спілкування й сприймання іншої дитини. Методика дозволила визначити, який із мотивів є провідним: мотив успіху (схвалення, оцінки) чи мотив взаємодопомоги, емпатійного ставлення до „хворого” товариша.

Методика для вивчення мотивів взаємодії дитини з дорослими (А. Рузька). Зазначена методика за сутністю є ігровою і спрямована на виявлення провідного мотиву спілкування дитини з дорослим, а саме мотиву отримання нових вражень, мотиву доброти й ласки, спільної ігрової діяльності, слухання казки, бесіди на особистісні теми. За М. Лісіною [2], своєрідність кожної форми спілкування визначає зміст потреби, провідні мотиви, а також місце спілкування в житті дитини. У нормі в старшому дошкільному віці у дитини актуалізується позаситуативно-особистісна форма спілкування з дорослим [2].

За допомогою цієї методики ми з'ясовували провідну форму спілкування і провідний мотив спілкування дитини з дорослим.

Оскільки методика по суті є грою, вона дозволяла у природних для дитини умовах уточнити дані щодо переважаючих мотивів у процесі взаємодії з дорослим, а також з'ясувати, яке місце в цій ієрархії посідають пізнавальні мотиви, що в нормі психофізичного розвитку складають основу мотивації дитини старшого дошкільного віку.

Методика була модифікована А. Рузькою [6], вона проводиться у вигляді гри, під час якої дитину запрошують в окрему кімнату погратися в „телевізор”.

Для визначення провідної форми спілкування у дитини експериментатор урахував вибір дитини. Аналізуючи його, ми враховували, що в нормі для старшого дошкільника є характерною позаситуативно-особистісна форма спілкування, якій відповідає вибір дитиною варіанту, в якому вона має можливість поговорити з дорослим на тему, що є для неї цікавою.

На основі аналізу отриманих даних склалися характеристики провідних мотивів взаємодії з дорослим кожного досліджуваного, тобто конативного компонента соціальної

перцепції. Про сформованість адекватних віковій нормі мотивів взаємодії з дорослим свідчили відповіді, в яких чітко окреслений пізнавальний мотив, а також наявне домінування в структурі мотивації особистісних мотивів спілкування з дорослим.

За допомогою уточнюючих запитань ми змогли розкрити зміст і ступінь усвідомлення тих мотивів, які за результатами першої методики виявилися домінуючими у конативному компоненті соціальної перцепції дітей.

Таким чином, перші дві методики були спрямовані на з'ясування ієрархії, мотивів сприймання і взаємодії як із ровесниками, так і з дорослим, а також на визначення її своєрідних особливостей у дітей дошкільного віку з ДЦП порівняно з мотивацією спілкування у дітей із НР.

Методика „Бесіда”. Ця методика була розроблена Г. Урунтаєвою, Ю. Афонькіною [4] для вивчення уявлень дитини дошкільного віку про моральні якості. Методика є бесідою, під час якої дитині ставлять запитання за типом: Кого ми можемо назвати хорошим (поганим)? Чому? Кого ми можемо назвати чесним (брехуном)? Чому? Кого ми можемо назвати справедливим (несправедливим)? Чому? Кого ми можемо назвати щедрим (жадібним)? Чому? Кого ми можемо назвати сміливим (боягузом)? Чому?

За допомогою цієї методики ми продовжили вивчення когнітивного компонента соціальної перцепції у дітей із ДЦП: уточнили особливості позначення тієї чи іншої якості, та на що при цьому посилається дитина, а також з'ясували особливості помилкових суджень про моральні якості суб'єкта соціальної перцепції.

Ця методика була доповнена блоком додаткових запитань: Як ти вважаєш, ти добрий хлопчик (дівчинка)? Чому? Якою є добра людина? Якою є зла людина? Тебе хвалять? Хто? За що? Чи буває, що на тебе хтось кричить? Хто? Коли? Чому? Хто тобі в групі подобається найбільше? Найменше подобається? Кого ти найбільше жалієш?

У процесі отримання відповідей на запитання ми наполягали на тому, щоб дитина їх обґрунтувала. При цьому обов'язково виявляли усвідомлення нею своїх особистісних якостей, надання переваги окремим особам, порівняння себе з ними, наявність ідеалу, чи усвідомлюється інша людина, якщо так, то що при цьому в ній виявляється найбільш значущим, які особистісні якості.

Методика „Діагностика типів сприймання дітьми емоційних станів людини”, розроблена А. Щетиніною [7], використовувалась нами з метою діагностики типу сприймання дитиною емоційних станів людини, а саме виконавчого компонента соціальної перцепції у процесі актуалізації вікарного спілкування. Методика дала можливість експериментатору простежити, які ментальні операції (аналіз, синтез) використовує дошкільник у процесі впізнавання емоцій іншої людини, чи позначає їх словом, як узагальнює, а також визначити наявність емоційного ставлення та емпатії. Таким чином, за допомогою цієї методики ми вивчали виконавчий компонент соціальної перцепції.

Методика „Діагностика типів сприймання дітьми емоційних станів людини” у нашому дослідженні є першою у серії досліджень виконавчого і диспозиційного компонентів соціальної перцепції. Вона дозволила визначити стан сформованості цих компонентів у дітей із ДЦП: диференційованість експресивних ознак емоційних станів; тип сприймання емоцій іншої людини, що варіюється від дифузно-аморфного до аналітико-синтетичного; вміння категоризувати впізнану емоцію; взаємозв'язок між емоційним станом людини на малюнку з ситуаціями, в яких актуалізуються ці емоційні переживання; вияв розуміння, що виражається через емоційне ставлення та емпатію.

Процедура дослідження була такою: кожній дитині заздалегідь пропонували роздивитися 20 фотокарток людей у різних емоційних станах, а саме радості, суму, гніву, страху, подиву, після цього з ними проводилися індивідуальні бесіди.

Методика включає такі завдання: 1) висловлювання вільних суджень про зображену на малюнку людину; 2) семантична оцінка емоційного стану; 3) підбір опису ситуації до сприйнятого стану людини; 4) підбір зображення до вербального опису ситуації; 5) вербальна фіксація ознак експресії з опорою на зображення; 6) озвучування сприйнятої людини або персонажу казки.

В результаті аналізу експериментального матеріалу нами були виділені переважаючі у дітей дошкільного віку типи сприймання емоцій: *довербальний, дифузно-аморфний, дифузно-локальний, аналітичний, синтетичний, аналітико-синтетичний* [7].

Методика соціальної перцепції Р. Жиля, адаптована І. Гільяшевою, Н. Ігнат'євою, є візуально-вербальною, вона представляє перехідну форму між анкетною і проєктивними тестами, складається із 42 малюнків із зображеннями дітей та дітей із дорослими, а також текстових завдань. Використання методики дало можливість з'ясувати ступінь успішності і характер причетності дитини з ДЦП до сфери соціальних стосунків, розкрити якісні особливості соціальної адаптації і соціальної перцепції, а саме якісні особливості диспозиційного компонента соціальної перцепції.

Методика Р. Жиля, на думку Л. Бурлачка [1], характеризується високою поточною і критеріальною валідністю та достатньо високою ретестовою надійністю. Дослідженнями І. Гільяшевої і Н. Ігнат'євої, І. Некрасової підтверджена валідність методики Р. Жиля.

С. Забрамна, І. Левченко, Т. Добровольська [5] вважають, що завдяки наочно-вербальному підходу методику можна використовувати у роботі з дітьми з різними психофізичними порушеннями. За допомогою цієї методики була отримана можливість описати систему особистісних стосунків дитини старшого дошкільного віку із ДЦП: конкретно-особистісних – стосунки з батьком, матір'ю, сестрою, братом і, таким чином, з'ясувати конкретні установки спілкування дошкільника із ДЦП; соціальних, які характеризували безпосередньо соціально-перцептивні здібності самої дитини і виявлялись у її поведінці через такі риси, як допитливість, бажання спілкуватись, відчуженість, бажання бути лідером, соціальну адекватність поведінки.

Отже, методика соціальної перцепції Р. Жиля давала можливість: визначити безпосереднє ставлення до батьківської референтної групи, яка є найчастіше провідною в сфері спілкування дитини старшого дошкільного віку з ДЦП; визначити переважаючі установки у процесі спілкування дитини з ДЦП із батьком, матір'ю, сестрою або братом; з'ясувати стан сформованості соціально-перцептивних здібностей дитини: допитливості, бажання спілкуватись, відчуженості, лідерських якостей, соціальної адекватності поведінки.

Таким чином, на нашу думку, дібраний методичний арсенал діагностування дозволяє здійснити не тільки дослідження соціально-перцептивних властивостей особистості, а й виявити способи взаємодії і сприймання соціально значущих осіб, простежити зміст соціального функціонування і внутрішньособистісні конфлікти та характер соціальних труднощів дошкільників із дитячим церебральним паралічем.

Список використаних джерел:

1. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. Спб. : Питер, 2007. 688 с. : ил. (Серия „Мастера психологии”).

2. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. Спб. : Питер, 2009. 320 с. : ил. (Серия „Мастера психологии”).
3. Познание человека человеком (возрастной, гендерный, этнический и профессиональный аспекты). [под ред. А.А. Бодалева, Н.В. Васиной]. Спб. : Речь, 2005. 324 с.
4. Практикум по детской психологии: [пособие для студентов педагогических институтов, учащихся педагогических училищ и колледжей, воспитателей детского сада]. [под ред. Г.А. Урунтаевой]. М. : Владос, 1995. 291 с.
5. Психолого-педагогическая диагностика: [учебн. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений]. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А. Добровольская и др.; [под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной]. М. : Издательский центр „Академия”, 2003. 320 с.
6. Развитие общения дошкольников со сверстниками. [под ред. А.Г. Рузской]. – М. : Педагогика, 1989. – 215 с.
7. Щетинина А.М. Восприятие и понимание дошкольниками эмоционального состояния человека. Вопросы психологии. 1984. № 3. С. 60 – 66.

УДК 376.018.43-056.262

Паламар Олена,

кандидат психологічних наук, доцент
кафедри офтальмопедагогіки
та офтальмопсихології НПУ імені
М.П. Драгоманова
(м. Київ, Україна)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНТЕРАКТИВНОСТІ В ПРОЦЕСІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Інтерактивне навчання, що спирається на природні джерела активності особистості (пізнавальний чи професійний інтерес, творчий характер діяльності, ігрові та змагальні елементи, емоційну насиченість діяльності), є одним із сучасних напрямів організації освітнього процесу.

Інтерактивність у навчанні забезпечується шляхом створення емоційно-стимулюючої атмосфери, виявлення поваги до всіх учасників освітнього процесу, застосування дослідницьких і пошукових технологій навчання, реалізації інноваційної діяльності, забезпечення умов для реалізації творчої активності і самостійності суб'єктів.

Поняття «активні методи і форми навчання», широко вживане у вітчизняній науці, та його зарубіжний аналог – поняття «інтерактивні техніки» мають певні відмінності у трактуванні. Відповідно до вітчизняної традиції, «активні методи і форми навчання» характеризуються спрямованістю на активізацію пізнавальної діяльності суб'єктів освітнього процесу шляхом постановки і розв'язання проблемних ситуацій і завдань.

Натомість «інтерактивні техніки», поряд з активізацією пізнавальної діяльності, передбачають створення умов для забезпечення активної міжособистісної взаємодії учасників заняття [2, с. 61]. Ефект активної міжособистісної взаємодії досягається за рахунок спеціального просторового розміщення учасників, організації співпраці у діадах, малих групах, створення умов для різних видів вербальної та невербальної взаємодії, забезпечення зворотного зв'язку. Інтерактивні техніки у традиціях зарубіжної практики мають більш локальний характер та

можуть застосовуватися і як складовий елемент інших форм навчання, і як самостійна організаційна форма, що містить інформаційно-пізнавальний, діагностичних, корекційно-розвивальний компоненти [2, с. 61].

Терміни «інтерактивне навчання», «інтерактивні технології навчання» найчастіше застосовуються у контексті дослідження і реалізації сучасних інформаційних технологій в освіті, її дистанційних форм, застосування електронних засобів навчання, освітніх онлайн платформ, які дозволяють учасникам процесу вступати у діалог з партнерами в усній чи письмовій формі, надають можливість миттєвого обміну інформацією.

Комп'ютерні навчальні програми також забезпечують безперервну діалогову форму взаємодії, надають можливість самостійного управління процесом і темпом навчання тощо.

С.О. Сисоєва підкреслює важливість дотримання основних принципів інтерактивного навчання, таких як: принцип діалогічної взаємодії; принцип співробітництва і кооперації; принцип активно-рольової (ігрової) організації освітнього процесу.

Сучасні реалії педагогічної діяльності актуалізують питання організації дистанційного навчання, зокрема забезпечення інтерактивності суб'єктів в процесі дистанційного навчання осіб з порушеннями зору. Як зазначає С.О. Сисоєва [1], про інтерактивність можна говорити за умови організації взаємодії, яка характеризується такими ознаками: негайність відповіді; одночасний доступ до інформації; адаптивність змісту, засобів, технологій; актуальний зворотний зв'язок; право вибору; багатовекторність спілкування [1, с. 42].

В процесі дистанційного навчання інтерактивність має технічні і педагогічні аспекти. Педагогічний аспект визначається можливістю педагогічного впливу. Технічний аспект забезпечується вибором засобів взаємодії.

В практиці організації дистанційного навчання осіб з порушеннями зору та забезпечення інтерактивності його учасників ефективним і зручним інструментом виявляється освітня платформа Google Classroom, яка надає можливості комплексного керівництва процесом і контентом навчання. Інструменти освітньої платформи Google Classroom уможливають донесення та отримання навчальної інформації, забезпечують зворотній зв'язок між усіма учасниками дистанційного навчання (як в індивідуальній, так і груповій формі), надають засоби для дистанційного опитування (в усній чи письмовій формах), тестування, оцінювання навчальних досягнень осіб з порушеннями зору. Доступними є такі інтерактивні засоби навчальної роботи, як онлайн редагування текстів, таблиць, перегляд відеоматеріалів, прослуховування аудіофайлів та інше.

Інтерактивність та самостійність у процесі дистанційного навчання незрячих забезпечується шляхом використання традиційних інструментів зчитування текстової інформації з екрану за допомогою спеціальних програм озвучування або Брайлівського дисплею. Вибір інструментів зчитування інформації з екрану відбувається індивідуально і залежить від провідного каналу отримання інформації (слухового чи дотикового), що є оптимальним для конкретної людини. Програми зчитування з екрану використовуються, якщо є необхідність сприймання інформації на слух. У випадках, коли провідним є дотиковий канал отримання інформації, для зчитування з екрану застосовують Брайлівські дисплеї.

Оскільки в інтернет просторі більшість інформації представлена у візуальному форматі, особам з порушеннями зору досить складно нею скористатися. Вирішити означену проблему допомагають новітні функції, запропоновані компанією Google – розпізнавання зображення та автоматичного генерування опису зображення. Функція опису зображень у Google Chrome активується у налаштуваннях сторінки в розділі «Спеціальні можливості» (необхідно обрати опцію «Отримувати опис зображень від Google»).

Поширеною проблемою для осіб з порушеннями зору в процесі дистанційного навчання наразі є недостатність та недоступність необхідної інформації. Зокрема, отримання інформації з електронних носіїв утруднюється неможливістю зчитування текстів, представлених у PDF-форматі за допомогою програм автоматичного озвучування в режимі офлайн. Нажаль, найбільша кількість різноманітної текстової інформації в інтернет-джерелах (онлайн бібліотеках, сайтах та ін.) представлена саме у PDF-форматі.

Як позитив відмітимо, що в редакторах Google Документів закладено можливості роботи онлайн з файлами різних форматів (Word, PowerPoint, PDF та ін.) за допомогою програм читання з екрану, дисплеїв Брайля, а також екранної лупи. Як зазначалося вище, щоб скористатися цими функціями необхідно підключити налаштування «Спеціальні можливості»:

- «увімкнути програму читання з екрану»;
- «увімкнути підтримку дисплею Брайля»;
- «увімкнути повідомлення про зміни, внесені співавторами»;
- «увімкнути підтримку лупи» [3].

Якщо на комп'ютері вже встановлені програми зчитування з екрану, в деяких випадках необхідні додаткові налаштування. Наприклад, програма ChromeVox для роботи з редакторами Документів додаткових налаштувань не потребує. Програми NVDA, JAWS, VoiceOver для роботи з редакторами Документів потребують додаткових налаштувань, детально ознайомитися з якими можна на вкладці Google Chrome – Довідка – Редактори документів [3].

Також, іноді особи з порушеннями зору потребують безпосередньої допомоги або додаткового роз'яснення порядку виконання дій, необхідних, наприклад, для закріплення файлу з виконаним завданням у Google Classroom, для підключення до участі у відеоконференції Google Meet, для налаштування спеціальних можливостей в редакторах Google Документів тощо.

Список використаних джерел:

1. Сисоева С.О. Інтерактивні технології навчання дорослих: навчально-методичний посібник. Київ, 2011. 324 с.
2. Технологія роботи організаційних психологів / За ред. Л.М. Карамушки. Навч. посіб. Київ, 2005. 366 с.
3. Довідка – Редактори документів. Режим доступу: URL: https://support.google.com/docs/answer/6282736?p=accessibility&hl=ru&visit_id=637509132631995215-1178914044&rd=1#zippy=%2Cchromevox%2Cnvda%2Cjaws%2Cvoiceover

УДК 376. 091. 33 – 027. 22 – 056. 29

Панченко Тетяна,
кандидат психологічних наук, КЗ КОР
«Білоцерківський гуманітарно-
педагогічний фаховий коледж»
м. Біла – Церква, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ІГРОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ

Одним з видів діяльності, у процесі якої вирішуються загальні та корекційні завдання в роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату є гра. У процесі гри відбувається пізнавальний розвиток дітей: здобуття і закріплення уявлень про навколишній світ, активність і глибина сприйняття світу, зіставлення предметів за різними ознаками, їх сортування;

формується здатність до дій в уявних ситуаціях, дій з уявним предметом, з предметом-замінником. У грі розвиваються і відпрацьовуються необхідні рухові вміння, здійснюється моральне виховання дітей (навички спільного, колективного проведення дій, естетичні норми і певні правила поведінки).

У вітчизняній психології існують багаті традиції вивчення гри (Р. Жуковська, А. Запорожець, А. Леонтьєв, Д. Ельконіна та ін.) На важливе значення гри у розвитку дитини вказують праці Л. Артемової, А. Богуш, Л. Божович, Г. Ващенко, Б. Грінченка, Н. Кудикіної, В. Сухомлинського, С. Русової, К. Ушинського та інших науковців.

Гра сприяє всебічному розвитку мовлення усіх дітей, у тому числі й дітей з ДЦП. Участь у різного виду іграх допомагає розширенню та збагаченню словника дитини з порушеннями рухових функцій, що ускладнює і процес мовлення, розвитку комунікативної функції, пізнавальної та регулюючої функції мови.

У процесі гри здійснюється трудове виховання дітей, формування уявлень про різну працю дорослих за допомогою моделювання в ігровій діяльності окремих видів праці, виховання позитивного ставлення до праці. Застосування загально розвиваючих ігрових завдань нерозривно пов'язане з вирішенням ряду корекційних завдань у роботі з дітьми з церебральним паралічем [6].

Гра у більшості дітей з ДЦП у спонтанних умовах не набуває достатнього розвитку навіть тоді, коли рухові здібності для здійснення як предметно-ігрових, так і побутових дій у них достатньо збережені. У дітей можуть бути знижені потяг та мотивація як до активної дії загалом, так і до ігрової дії зокрема. У цих випадках дитина з ДЦП має всі шанси бути пасивним глядачем гри, обмежуючись лише мовною фіксацією того, що спостерігає. В інших дітей при задовільному розумінні призначення іграшок, теми і сюжету гри активність включення в ігровий процес знижена у зв'язку з порушенням функцій руху.

Недостатність інтересу і зниження спонукання до активної дії, порушення руху і наявних рухових здібностей обмежують пізнавальну активність дітей з церебральним паралічем, сприяють їхньому дисгармонійному розвитку і, перш за все, переважанню вербального мислення над конкретною дією. Тому навчання гри є одним із важливих завдань у навчанні дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату. Важливою умовою розвитку ігрової діяльності є систематичний розвиток у них умінь гри, а також коректне управління їхніми іграми в повсякденному житті.

У дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату предметна діяльність, що передує ігровій, формується зі значним запізненням. Відомо, що дії з предметами формуються у процесі вдосконалення загальної моторики. У дітей з ДЦП предметні дії утруднені внаслідок складної структури рухового дефекту. Це призводить до затримки формування цілісного уявлення про предмет, до недостатнього запасу знань і уявлень про навколишній світ. Для розвитку предметної діяльності важливе значення має сформованість зорово-моторної координації. Діти з ДЦП часто не можуть стежити очима за рухами і діями рук, що перешкоджає формуванню у них навичок предметної діяльності [2].

Зазначені вище та деякі інші особливості формування предметної діяльності негативно позначаються на розвитку здатності до гри. Це стосується не тільки сюжетно-рольових ігор, але і дидактичних, рухливих, конструкторських, музичних та інших видів ігор. Повноцінне оволодіння дитиною усіма різновидами ігор є надзвичайно важливою умовою для нормального розвитку особистості дитини з ДЦП, формування пізнавальних психічних процесів, комунікативних навичок, розвитку інших видів діяльності.

Як показали дослідження, рівень сформованості ігрової діяльності у дітей з ДЦП певною мірою залежить від характеру пошкодження нервової системи. За даними М. Малофєєва [1], серед хворих з церебральними паралічами є група дітей з лобно-підкірковими порушеннями, які мають виражені аномалії поведінки. Емоційний стан цих дітей виражається або в підвищеній збудливості, ейфорії, хаотичності всієї діяльності, імпульсивності, або в пригніченості настрою, спонтанності, загальній загальмованості. Дана категорія дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату характеризується відсутністю здатності до реалізації ігрового процесу і предметної діяльності.

Багато дітей зі спастичними паралічами не вміють грати в сюжетні, рольові та інші складні ігри. Іноді повністю відсутня цілеспрямована предметна діяльність, хоча в руховому відношенні хворі могли б вільно користуватися руками і могли б брати іграшки і маніпулювати ними ще в ранньому віці. Однак, до 8-11 років більшість таких дітей не вміють грати навіть у найпростіші ігри. У кращому випадку, вони можуть взяти іграшку в руки, маніпулювати і стукати нею. Така «гра» може тривати з використанням різних предметів протягом 25-30 хвилин. Свою гру діти з порушеннями розвитку ніколи не супроводжують мовленням.

З дефектом зорово-просторового орієнтування пов'язане порушення конструктивного праксису у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Дитина не сприймає просторові взаємовідносини, що ускладнює формування конструктивної діяльності у процесі гри – викладання цілісних фігур з паличок, складання, розбирання предметів чи малюнків. Одне із завдань навчання таких дітей складається у збільшенні рухового досвіду дитини, формуванні на цій підставі уявлень про схему тіла, власну позицію серед оточуючих предметів, основні напрямки простору, відносини між предметами, а також зміни та мінливості просторових відносин [5].

У своїх дослідженнях Н. Симонова [4] оцінювала стан і динаміку розвитку ігрової діяльності дітей (зокрема, сюжетно-рольової гри) за такими параметрами, як: наявність мотиву, задуму сюжету гри, створення ігрової ситуації і прийняття на себе ролі, оволодіння прийомами реалізації ігрової дії, планування, регулювання і супідрядність дій по ходу гри. Результати дослідження показали, що ігрова діяльність 5-6-річних дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату характеризується початком становлення сюжетно-рольової гри. Розширюється тематика ігор, гра структурно збагачується, збільшується її тривалість, удосконалюються ігрові прийоми, використовуються предмети-заступники, гра носить груповий характер (у грі беруть участь 4-5 осіб), виникає прийняття на себе ролі, рольове спілкування у грі. Такі якісно-кількісні позитивні зміни в ігровій діяльності можливі в основному за рахунок грамотного психолого-педагогічного супроводу дітей та проведення корекційно-розвиткової роботи з ними.

Ігрова діяльність дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату у 6-7 років характеризується незначними змінами структурно-динамічної сторони. На цьому етапі з'являється можливість формування самостійних творчих колективів; планує і контролює функція дорослого у грі дітей поступово зникає. Якщо раніше дорослий ініціював гру, то тепер він тільки сприяє грі, спостерігає за процесом її перебігу, за потреби допомагає. У грі дітей більш повно починають відображатися взаємини людей, особливості їхньої рольової взаємодії. Задум дитячої гри стає творчим, сама гра може включати в себе декілька компонентів і складатися з кількох сюжетів, які послідовно переходять один в один. Тривалість гри збільшується до 35 хвилин і більше [6].

Вивчення особливостей дитячої гри та її динаміки на різних вікових етапах показує, що існують загальні тенденції в розвитку ігрової діяльності і дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату, і дітей з нормальним розвитком. Проте гру дитини з порушенням функцій

опорно-рухового апарату та дитини без рухової патології не можна ототожнювати, оскільки у дітей з порушеннями рухових функцій виявляються нижчі показники сформованості різних рівнів гри в одному віковому діапазоні, наявна нерівномірність сформованості окремих структурних компонентів гри в межах одного ігрового рівня. Діти з порушенням функцій опорно-рухового апарату потребують допомоги з боку дорослого, вони недостатньо вмотивовані до ігрової діяльності, мають знижений рівень загальної активності та самостійності в грі [2].

Негативно на розвиток різних видів діяльності впливає стиль виховання дитини за типом гіперопіки. У цих випадках у дитини не формується потреба в діяльності, в мовному спілкуванні, не розвивається здатність до вольового зусилля, мотиваційна сфера, складається неадекватна самооцінка. Даний стиль виховання штучно призводить також до депривації у сфері діяльності, у тому числі й ігрової [3].

Дослідження О. Шлапаченко [7] показали, що просторове мислення та конструктивна діяльність, які відіграють значну роль в організації ігрової діяльності, у дітей зі спастичною диплегією ускладнені за рахунок клінічних проявів захворювання: підвищення м'язового тону, низьких функціональних можливостей кінцівок та ін. Використання у процесі корекційної роботи рухливих ігор сприяє збільшенню працездатності дітей, формуванню навичок ігрової діяльності.

Негативний вплив рухового дефекту на психічний розвиток дитини з ДЦП призводить до того, що він розвивається в умовах дизонтогенезу за дефіцитарним типом. Однак, чим раніше буде проведена діагностика рухової патології і психічного розвитку дитини, чим раніше буде розпочата комплексна психолого-педагогічна корекційно-розвиткова робота, тим менше буде вірогідність виникнення важких вторинних відхилень у психічному розвитку і тим сприятливішим буде прогноз щодо реабілітації та соціальної і життєвої адаптації.

Таким чином, основною умовою розвитку предметної, ігрової, трудової, навчальної та інших видів діяльності в дитини з ДЦП є проведена з нею адекватна, грамотна, систематична корекційно-розвиткова робота з формування основних структурних компонентів кожного з видів діяльності.

Список використаних джерел:

1. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Дети с отклонениями в развитии в общеобразовательной школе: общие и специальные требования к результатам обучения. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2010. № 5. С. 6-11.
2. Мамайчук И.И., Пятакова Г.В. Исследование личностных особенностей детей с церебральными параличами. *Дефектология*. 1990 №3. С. 16-22.
3. Миронова С. П., Гаврилов О. В., Матвеева М. П. Основы корекційної педагогіки : навч.-метод. посіб. Кам'янець-Подільський : [Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. І. Огієнка], 2010. 264с.
4. Симонова Н. В. Формирование пространственно-временных представлений у детей с церебральным параличом. *Дефектология*. 1981. № 4. С. 82-86.
5. Титова О.В. К проблеме формирования пространственных представлений у детей с ЦП. *Коррекционная педагогика*. 2005. №2. С. 47-52.
6. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Санкт-Петербург : Дидактика Плюс, 2001. 272 с.
7. Шлапаченко О.А. Застосування ігрових занять для розвитку просторового мислення дітей 5-8 років зі спастичною диплегією. URL: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2012-08/12soawsd.pdf>

Пехарєва Альона,
викладач кафедри корекційної освіти
та спеціальної психології
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна
академія» ХОР,
(Харків, Україна)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ ОРТОПЕДАГОГА

Сьогодні в Україні значне місце посідає проблема корекції, навчання та виховання дітей з ООП. Серед інших, багато уваги приділяється проблемі лікування та реабілітації дітей з обмеженими ураженнями центральної нервової системи. За статистикою, в Україні більше пів мільйона дітей віком 1–18 років мають діагноз ДЦП. Такі цифри свідчать про необхідність спеціальних фахівців, програм корекції, реабілітаційних центрів тощо [8].

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки та спеціальної психології проблема медико-психолого-педагогічної допомоги дітям з церебральним паралічем є однією з найбільш актуальних. Науковці, які займаються даною проблемою (Р. Д. Бабенкова, Т. А. Власова, Е. С. Каліжнюк, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, Пономарьова Е.Е. Квітка Н. та ін.) відзначають, що порушення, викликані дитячим церебральним паралічем, змінюють процес пізнання навколишнього світу, оволодіння знаннями, руховими вміннями та навичками, призводять до патологічних змін особистості дитини [6].

Клініка церебральних паралічів різноманітна і проявляється у підвищенні або пониженні м'язового тону, гіперкінезах, порушеннях рівноваги, координації, утриманні положення тіла. Порушення функцій опорно-рухового апарату у дітей, хворих на ДЦП, виявляються в зниженні працездатності верхніх кінцівок, опорної функції нижніх кінцівок, обмеженні статокінетичних можливостей хребта, що обмежує побутові можливості та ускладнює соціальну адаптацію. Причинами цього є порушення розвитку мозку, пошкодження однієї (декількох) його частин, які контролюють м'язовий тонус, моторну активність [7].

Існують чисельні дослідження, які доводять ефективність використання методів арт-терапії у роботі з даною категорією дітей. Серед таких методів виокремлюють і музичну терапію.

Механічна енергія у вигляді звуку і вібрації є невід'ємною властивістю фізичного світу, це постійний і необхідний супутник життя. Де б ми не знаходилися, хочемо ми цього чи ні, нас постійно супроводжує музика. Саме тому не дивно, що виникнення музикотерапії відноситься ще до початку історії людства. Музика, яка здавна використовувалась в обрядах, поступово набувала магічного характеру і стала способом лікування від хвороб.

Лікувальний вплив музики широко використовувалося в Давньому Єгипті, Стародавній Греції, Стародавньому Римі. Збереглися відомості про те, що в Стародавньому Єгипті лікували людей за допомогою музики під час катання на човні по Нілу. З лікувальною метою співали також колискові пісні. Про лікування музикою в Стародавній Греції відомо з висловлювань і теорій Піфагора, Платона, Аристотеля. Основні положення цих античних теорій і стали основою сучасної музикотерапії.

У XVII - XVIII століттях вчення про лікувальний вплив музики отримало нову назву «Iatromusica». Новий напрямок музикотерапії враховував біохімічні процеси людського тіла,

фізіологічні реакції при сприйнятті музичних творів: зміни пульсу, ритму дихання в залежності від висоти звуку, інтонаційних особливостей мелодії, гармонії, темпу, динаміки, тембрів і інших засобів музичної виразності.

Основу лікувальної корекційної терапії було закладено вітчизняними вченими, які розробляли цей напрямок для лікування неврозів (Бехтерев В.М.), для заїкуватих дітей (Гіляровський В.А., Ю.А. Флоренська, Н.С. Самойленко)[9].

Всі ці данні свідчать про ефективність використання музики у якості лікувального елемента та доводять доцільність використання музичної терапії.

Ефективність у першу чергу пов'язана із самим механізмом дії звуків на людину. Будь-яка музика є звуковою хвилею, яка впливає на людину на фізичному (на рецептори вуха, шкіри) і психофізіологічному (на мозок) рівнях. Вона мобілізує нейрони і призводить до виникнення чітких відчуттів, а разом з тим і реакції на відчуття у вигляді емоцій і почуттів. При передачі сигналу в мозок про подразнення звукового рецептора людське тіло реагує рефлекторно. Реакції на музику виникають завдяки вегетативній нервовій системі.

Вібрація звуків створює особливі енергетичні поля, що змушують резонувати кожен клітину нашого організму. Людина поглинає музичну енергію, і вона нормалізує ритм нашого дихання, пульс, артеріальний тиск, знімає м'язову напругу [5].

Відтворення, прослуховування або складання музики активізує майже всі відомі ділянки мозку та нервові підсистеми. Церебральні області, що обробляють мелодію, ритм і темп, мають багатий зв'язок з руховими областями. Саме цей зв'язок робить доцільним використання музичної терапії у роботі ортопедагога.

Доведено, що прослуховування сумних музичних композицій спричиняє зменшення серцебиття та підвищення артеріального тиску. Веселий музичний твір призводить до зменшення частоти дихання. Ритмічні подразники, такі як постійний темп, полегшують роботу мозку. Музичні терапевти часто використовують ритмічні прийоми для покращення уваги та навчання у дитячій школі. Стимулюючий ефект виникає при швидкому темпі вище 120 ударів на хвилину, з ритмічними та ударними характеристиками. Музика зменшує необхідність зусиль на 10% при вправах низької та помірної інтенсивності [1].

Стосовно дітей хвирих на ДЦП, музика в поєднанні з рухом покращує просторове сприйняття, слух і зір, координацію очей і рук і дрібну моторику. Слухова ритмічна стимуляція покращує відстань при ходьбі, швидкість, симетрію ходи без збільшення темпу. Ремінці на щиколотках і зап'ястях з джінглами можуть бути хорошим додатковим способом стимулювати рух, при заняттях під музику. Дослідження вказують, на більшу ефективність таких музичних занять у порівнянні з традиційними методами [2].

Використання музики при корекційно-відновлювальній терапії дітей з ДЦП відбувається у одному з двох варіантів: фізичні вправи з використанням музичного супроводу, та вправи на безпосередню взаємодію з музикою (прослуховування, імітація, гра на музичних інструментах тощо).

Ще донедавна неврологічна музична терапія демонструвала покращені результати ходьби у людей з неврологічними захворюваннями. Дослідження програми patterned sensory enhancement (PSE) вказують на ефективність використання вправ під музику. PSE - техніка, яка використовує всі музичні компоненти, такі як темп або режим. Ця програма структурує рухові моделі в просторі та часі та сприяє руховим характеристикам. Вправа виконується швидше та з більшою мотивацією в групі PSE, ніж у контрольній.

Було проведено рандомізоване контрольоване дослідження якому взяли участь тридцять шість дітей зі спастичною диплегією у віці від 5 до 13 років. Обидві групи

отримували 6-тижневі домашні вправи, але лише група PSE здійснювала вправи із попередньо записаною музикою PSE. Первинним результатом був показник великих моторних функцій (GMFM). Вторинні результати включали питальник визначення дитячої інвалідності (PEDI), мобільність та сферу самообслуговування, максимум 1 повторення сидіння до стійки та швидкість ходьби.

Показники мобільності значно покращилися протягом трьох місяців сеансів. Група PSE продемонструвала більш стійкі та значні зміни, ніж група яка займалася без музики. Автори вказують, що після тренування, покращення зберігалося принаймні 6 або 12 тижнів ($P \leq .013$). [4].

Інший варіант повністю включає дитину у взаємодію із музикою. Такий варіант добре підходить для дітей дошкільного віку із церебральним паралічем.

Музична терапія значно знижує частоту серцевих скорочень та артеріальний тиск у дітей з ДЦП. Прослуховування музичних композицій, зосереджених на ритмічних та мелодійних аспектах творів, стимулює вибірковість та тривалість уваги. Програми музикотерапії значно покращують мотивацію та соціальну поведінку дітей. Ми можемо помітити особливе покращення у сфері спілкування, співпраці та інформованості дітей.

Музичні терапевти, як відомо, здійснюють різноманітні заходи для задоволення потреб дитини. Після всебічного оцінювання, програма дитини може включати що завгодно: від гри на інструменті, написання пісні чи співу. Музична терапія може проходити в індивідуальних або групових умовах; залежно від того, чи потрібна дитині взаємодія з іншими дітьми для подальшого розвитку [6].

Метою терапії є використання музики для розвитку інших навичок - тих, які вони можуть використовувати у своєму повсякденному житті. Ці цілі включають створення середовища, в якому дитина може розслабитися та зосередитися, спілкуватися та ініціювати розмову з іншими дітьми чи дорослими, розуміти та контролювати свої емоції, розвивати свої пізнавальні здібності та підвищувати свою самооцінку.

Іноді діти слухають музику, а потім обговорюють почуте і власні почуття. Музичні асоціації також допомагають дітям вивчити нові слова; наприклад, дитина слухає пісню про вівцю і переглядає фото вівці, у цей час у неї складається асоціація [1].

Хоча музична терапія може бути частково застосована для вирішення деяких фізичних проблем, вона не є альтернативою фізичній та трудовій терапії, а лише їх доповненням.

Гра на інструменті покращує гнучкість та спритність, що, у свою чергу, допомагає вдосконалити моторику. Танці допомагають вправляти м'язи. Музика також допомагає знизити пульс. Дослідження показали, що музична терапія допомагає проявляти пильність, оскільки ритм музики допомагає дитині будувати зв'язки в мозку, які допомагають їй зосередитися. Це допомагає дитині швидко і належним чином реагувати на зовнішні подразники. Це також може полегшити м'язову напругу, що може суттєво допомогти молодій людині, яка страждає на церебральний параліч.

Ритмічна природа музики також допомагає дітям з ДЦП організувати свою ходу - вони можуть приурочувати свої рухи в такт музиці. Це, в свою чергу, дозволяє проводити терапію так, щоб дитині було цікаво.

Ця ж концепція також відповідає дійсності, коли дитина вчиться говорити. Дитина може говорити або співати в тандемі з музикою, що допомагає їм розвивати контроль над голосовими м'язами, що так часто є труднощами для дітей з церебральним паралічем. Слова, що повторюються під час пісні чи спеціалізованих вправ збільшують здатність дитини брати участь у спілкуванні з іншими [3].

Отже, можна зробити висновок, що музична терапія викликає позитивні зміни у емоційній сфері дитини, суттєво впливає на спілкування та соціальну взаємодію. Психологічно оптимістична музика може створити відчуття оптимізму, що має як фізичні, так і емоційні переваги. Музична терапія може не відігравати вирішальної ролі в загальному плані лікування дитини, але вона може змінити спосіб сприйняття дитиною терапії - і те, як вона сприймає свою ситуацію.

Список використаних джерел:

1. Geist, K., & Geist, EA. Bridging music neuroscience evidence to music therapy best practice in the early childhood classroom: implications for using rhythm to increase attention and learning Music Therapy Perspectives. 2012; 30 :141-5.
2. Karageorghis CI., & Priest D-L. Music in the exercise domain: a review and synthesis (Part II) International Review of Sport and Exercise Psychology 2012 ; 5, (n°1) : 67-84.
3. Kwak EE. Effect of Rhythmic Auditory Stimulation on Gait Performance in Children with Spastic Cerebral Palsy. Journal of Music Therapy 2007 ; 3 : 198-216.
4. Tze-Hsuan Wang¹, A home-based program using patterned sensory enhancement improves resistance exercise effects for children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. Neurorehabil Neural Repair . 2013 Oct;27(8):684-94.
5. Колягина В. Музыкальная терапия в специальном образовании : учебное пособие. Литагент Прометей. 2019. 196 с.
6. Кунц Н. Н. Музыкальное воспитание как средство коррекции отклонений в развитии детей с церебральным параличом в условиях реабилитационного центра : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук : 13.00.03; Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург, 2006. 23 с.
7. Пономарьова, Е., & Попадюха, Ю. (2020). Методика психофізичної реабілітації для хворих на ДЦП із компонентою музикотерапії. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*, (16), 156-161.
8. Пономарьова Е. Е. Перспективы использования музыкотерапии в оздоровлении детей с ДЦП / Е. Е. Пономарьова // Педагогичні технології формування культури здоров'я особистості : зб. ст. (матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. молодих вчених і студ) ; Чернігівський нац. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка. 11 квіт. 2014 р. – Чернігів : ЧНПУ, 2014. – С. 82–85.
9. Федорович Е.Н., Тихонова Е.В. Основы музыкальной психологии : учебное пособие. Москва. [Директ-Медиа](#). 2014. 249 с

УДК 376.3

Платоненко Дарья,
учитель-дефектолог, ГУ «Республиканский
научно-практический
центр оториноларингологии»
(г. Минск, Беларусь)

ФОРМИРОВАНИЕ ГРАММАТИЧЕСКОГО СТРОЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Формирование грамматического строя речи является одной из важных сторон речевого развития ребенка. Для того, чтобы правильно построить высказывание, ребенку необходимо овладеть разными грамматическими категориями, среди которых и предложно-падежные конструкции. При формировании грамматического строя речи ребенок усваивает сложную систему грамматических закономерностей, анализируя речь окружающих, выделяя общие правила грамматики на практическом уровне, обобщая эти правила и закрепляя их в собственной речи [2].

Изучением формирования грамматического строя речи в онтогенезе занимались такие ученые, как В.П.Вахтеров, А.В.Захарова, Т.И.Зубкова, Н.И.Лепская, Н.В.Уфимцева, С.Н.Цейтлин, Р.Е. Левина, А.Н. Гвоздев, Т.Н. Ушакова, Д.Б. Эльконин и другие. Однако можно отметить расхождения в результатах, полученных в ходе данных исследований, поэтому подробнее остановимся на некоторых из них.

Так, согласно исследованиям С.Н. Цейтлин, уже в возрасте двух лет большинство детей с нормотипичным развитием могут самостоятельно выбрать необходимую падежную форму для передачи смысла высказывания, к трем-четырем годам данное умение совершенствуется, и дети конструируют падежную форму с достаточной степенью уверенности. С.Н. Цейтлин отмечает следующую последовательность возникновения падежей в онтогенезе: именительный падеж, винительный падеж, дательный падеж, родительный падеж, творительный падеж, предложный падеж [5].

Исходя из исследований А.Н. Гвоздева, можно отметить, что уже на втором этапе усвоения грамматической структуры предложения (в возрасте от 1 года 10 месяцев до 3 лет) ребенок начинает устанавливать связи между словами в предложении и использовать в речи разные формы одних и тех же слов. Однако для речи ребенка этого возраста еще характерно большое число аграмматизмов. А.Н. Гвоздев отмечает, что предлоги появляются в речи ребенка после 2 лет 6 месяцев, до этого возраста они пропускаются во всех случаях употребления предложных конструкций, однако при этом окончания в данных конструкциях ребенок оформляет верно. Это является характерной особенностью нормального речевого развития, поскольку флексии (окончания, которые добавляются к корню слова и изменяются при спряжении и склонении) являются наиболее функциональными грамматическими элементами языка, и лишь после усвоения флексий происходит усвоение предлогов. Согласно данным исследования А.Н. Гвоздева, первыми усваиваются предлоги, обозначающие пространственные отношения, по мере развития речи ребенка, значения предлогов детализируются и обогащаются. На дальнейших этапах усвоения грамматической структуры предложений ребенок систематизирует грамматические формы, совершенствует навыки согласования слов в предложении [1].

Н.И. Лепская утверждает, что уже в начале третьего года жизни в речи ребенка можно отметить наличие всей системы значений, передающихся падежными формами: субъектные (ребенок говорит не о себе, а о наблюдаемых объектах), объектные (место нахождения объекта, место перемещения объекта, направление действия), определительные (конкретизация отдельных объектов, уточнение их признаков) [3]. Однако в речи ребенка этого возраста еще отсутствуют предлоги и отмечается смешение флексий, в связи с чем способы передачи данных значений являются несовершенными. При этом автор подчеркивает, что в ходе исследования не удалось выявить четкую последовательность возникновения и усвоения падежей. Полученные данные свидетельствовали о том, что грамматическая система падежных противопоставлений усваивается сразу целиком.

Анализируя приведенные выше исследования, можно прийти к выводу, что в процессе речевого онтогенеза ребенком сначала усваиваются наиболее общие правила формообразования, а затем - частные правила, исключения, происходит дифференциация внутри системы языка. Ребенок способен правильно моделировать собственные речевые высказывания только после овладения языковыми закономерностями. В то же время, у детей с особенностями психофизического развития могут возникать трудности в усвоении грамматического строя речи. Так, дети с нарушением слуха в силу первичного нарушения имеют дополнительные трудности в овладении языковыми закономерностями. Не усвоение

закономерностей языка приводит к нарушениям морфологической структуры слова и синтаксической структуры предложения.

Прогресс в медицине и технике, произошедший за последнее десятилетие, создал благоприятные условия для максимально эффективного развития слуха и речи детей со слуховой депривацией, начиная с первого года жизни. Позитивные изменения произошли и в нашей республике. Как отмечает С.Н. Феклистова, к благоприятным факторам можно отнести внедрение в Республике Беларусь аудиологического скрининга новорожденных (с 2008 г.), ранее слухопротезирование детей (начиная с трех месяцев жизни) и раннее начало педагогической работы с ними. При этом все специалисты подчеркивают важность использования адекватных методов и средств в работе с детьми с нарушением слуха (И.В. Королева, Л.И. Руленкова, Э.И. Леонгард и др.).

На современном этапе выделяется новая группа детей с нарушением слуха – дети с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических и цифровых технологий. Высокотехнологичная медицина создает предпосылки, но самостоятельно не обеспечивает нормализацию дальнейшего развития такого ребенка, поэтому требуется психолого-педагогическая помощь, являющаяся особой образовательной потребностью данной категории детей, удовлетворение которой позволяет обеспечить изменение траектории дальнейшего развития, переход на новый – более сложный образовательный маршрут.

В то же время, важно отметить, что слухоречевое развитие каждого ребенка с нарушением слуха происходит индивидуальным путем и зависит от многих факторов: степени нарушения слуха; причины и возраста возникновения нарушения слуха; возраста, способа и качества слухопротезирования; уровня вовлеченности родителей в процесс коррекционной работы с ребенком; наличия слухоречевой среды; сроков начала коррекционно-развивающей работы.

Указанные выше условия обеспечивают возможности для достижения более высокого уровня развития функционального слуха ребенка со слуховой депривацией, который является фактором успешности речевого развития.

Однако даже самые эффективные средства слухопротезирования не восстанавливают слух полностью и сохраняется дефицит восприятия. Это проявляется в недостаточной точности и искажении восприятия падежных окончаний и предлогов в слитной речи, что в свою очередь препятствует вычленению грамматических форм слова, установлению и усвоению связей между словами. В связи с этим у детей с нарушением слуха могут наблюдаться разные уровни сформированности грамматического строя речи: от употребления только однословных предложений до развернутой фразы с ошибками в согласовании слов по падежам и в употреблении предложных конструкций [4].

Как известно, те или иные ограничения или «дефициты» обуславливают возникновение у ребенка особых образовательных потребностей. На основе теоретического анализа нами были выделены следующие особые образовательные потребности детей в области овладения грамматическим строем речи:

- потребность в адекватном слухопротезировании;
- потребность в создании адекватных акустических условий, обеспечивающих точность слуховых образов воспринимаемых речевых единиц;
- потребность в овладении максимально дифференцированными слуховыми образами;
- потребность в речевой среде;
- потребность в развитии лексической стороны речи;

- потребность в уточнении слуховых образов;
- потребность в формировании умения различать прямой и косвенный падежи;
- потребность в формировании умения понимать вопросы косвенных падежей;
- потребность в формировании умения понимать и верно использовать окончания косвенных падежей;
- потребность в формировании умения понимать значение предлогов;
- потребность в формировании умения верно использовать предлоги в собственной речи;
- потребность в целенаправленном формировании языковой программы устного высказывания.

Широкий диапазон различий в уровнях сформированности грамматического строя речи у детей с нарушением слуха обуславливает необходимость поиска путей реализации дифференцированного подхода в коррекционной работе.

Список использованных источников:

1. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев – М. : Детство-Пресс, 2007. – 472 с.
2. Лалаева, Р.И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя) / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. – СПб. : СОЮЗ, 1999. – 160 с.
3. Лепская, Н. И. Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации / Н.И. Лепская. - М. : РГГУ, 2013. – 320 с.
4. Филичева, Т. Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.
5. Цейтлин, С.Н. Язык и ребенок: лингвистика детской речи: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 240 с.

УДК 612.7:615.825+376.36

Погорлецки Ала,

доктор биологических наук, доцент,
г. Кишинев, Республика Молдова

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ КАК ОБОСНОВАНИЕ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В КИНЕТОТЕРАПИИ И ЛОГОПЕДИИ

Резюме

В статье на основе анализа физиологического влияния упражнений для мелкой моторики приводится обоснование их применения в кинетотерапии и логопедии.

Ключевые слова

Упражнения, мелкая моторика, физиологическое влияние, кинетотерапия, логопедия.

Введение.

Моторика – совокупность двигательных реакций, умений, навыков и сложных двигательных действий, свойственных человеку [6]. Выделяют общую (или глобальную), мелкую (или тонкую), артикуляционную и мимическую моторику. В онтогенезе они

развиваются в соответствии с этапами становления и развития движений, описанными Н.А.Берштейном [1].

Одним из важнейших свойств моторной функции является координация, Координация движений развивается постепенно на основе опыта и упражнений, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся адекватным центральным ответом [6].

Мелкая моторика — совместная скоординированная деятельность нервной системы и опорно – двигательного аппарата, возможно – под контролем зрительного анализатора, заключающаяся в выполнении точных и мелких движений кистями и пальцами рук (и ног) [2]. Развитие мелкой моторики в онтогенезе – это длительный и сложный процесс, включающий высокую подвижность и тонкую координацию движений пальцев и кистей, контроль на основе зрительно – двигательных взаимосвязей. Развитие мелкой моторики как функции осуществляется только при непосредственном ее выполнении, или упражнении. Упражнения для мелкой моторики способны оказывать разноплановое действие на состояние как отдельных органов и систем, так и всего организма в целом. Поэтому они часто включаются в различные комплексы оздоровительной, профилактической и лечебной гимнастики, коррекционные и реабилитационные программы и др.

Мы решили проанализировать особенности физиологического влияния упражнений для мелкой моторики, применяемых в различных областях – кинетотерапии и логопедии.

Мелкая ручная моторика осуществляется за счет работы многочисленных мышц кистей и предплечий. Абсолютное большинство этих мышц – достаточно мелкие и слабые по сравнению с мышцами, ответственными за выполнение движений в крупных суставах. Однако эффективность упражнений для мелкой моторики определяется не объемом реализованной мышечной работы, а другими специфическими проявлениями со стороны органов и систем.

Выполнение упражнений для мелкой моторики (динамических активных и пассивных, изометрических и идеомоторных) является стимулом для мощного потока импульсов от проприоцепторов с периферии в центральные отделы нервной системы. В основе клинко – физиологического обоснования применения упражнений для мелкой моторики лежат многочисленные рефлекторные связи моторно – висцеральной природы, которые обуславливают их профилактическое, коррекционное, лечебное или стимулирующее действие. Это и обуславливает широкое применение упражнений для мелкой моторики в физическом воспитании, реабилитации, коррекционной педагогике и др. [1].

В кинетотерапии упражнения для мелкой моторики включаются в комплексы лечебной гимнастики у пациентов различного профиля. Проанализируем применение упражнений для мелкой моторики в ортопедии, травматологии и ревматологии - при заболеваниях и травмах опорно – двигательного аппарата [4]. Это могут быть ситуации ревматоидного артрита кисти, переломы костей или повреждения мягких тканей, которые сопровождаются болью, отеком, снижением подвижности в суставах, ограничением хватательной функции. С течением времени у пациентов могут развиваться осложнения - атрофия мышц, контрактуры различного генеза, нейро – мышечные и миофасциальные болевые синдромы и др. В указанных случаях упражнения для мышц, осуществляющих движения в суставах кисти и пальцев, будут решать задачи первичной и вторичной кинетопрофилактики, они будут направлены на минимизацию или устранение указанных симптомов, способствуя снижению выраженности боли и отека, сохранению подвижности, укреплению мышц. При ревматоидном артрите специальные упражнения способствуют снижению длительности утренней скованности, а также сохранению правильного стереотипа положения кисти и коррекции осей ее суставов, что

является профилактикой тяжелых деформаций (ульнарное отклонение кисти, деформации в виде «шеи лебедя» или «плавника моржа»).

Упражнения для кистей и лучезапястных суставов, применяемые после травм, будут способствовать восстановлению согласованной работы мышц, улучшая координацию и ловкость движений.

Основной задачей кинетотерапевтических программ реабилитации, включающих большое количество упражнений, способствующих сохранению функциональности кисти, самообслуживания и работоспособности пациентов, является повышение качества их жизни. В настоящее время специальные программы реабилитации, включающие элементы бытовых и производственных нагрузок с применением ручной моторики выделяют в виде *окупиациональной терапии*, или *эрготерапии*.

У пациентов кардиологического профиля упражнения для мелкой моторики также включаются в кинетотерапевтические программы реабилитации [5]. В этом плане рассматриваются следующие механизмы их лечебного действия:

Во-первых, упражнения для мелкой моторики (для рук и ног) способствуют снижению спазма и расширению периферических капилляров. Поэтому активные мобилизации в дистальных отделах конечностей назначают пациентам с гипертонией. Регулярное применение упражнений для мелких мышечных групп способствует перераспределению крови в организме и снижению артериального давления, снижается нагрузка на миокард, т.к. сердцу значительно «легче» прокачивать кровь по расширенным сосудам.

Во-вторых, сосуды кистей рук имеют тесные рефлекторные связи с коронарными артериями. Именно поэтому пациентам с ишемической болезнью сердца не рекомендуется в холодное время года выходить на улицу без перчаток, т.к. спазм мелких сосудов кистей может спровоцировать сердечный приступ. Активные сокращения мышц дистальных отделов конечностей, или же их помещение в теплую воду приводит к расширению сосудов конечностей и, соответственно, коронарных артерий.

Следует отметить, что упражнения для мелкой моторики являются одними из первых, которые назначаются пациентам при осложненном инфаркте миокарда, при тяжелых операциях.

Сложный рефлекторный ответ при выполнении упражнений для мелкой моторики проявляется у пациентов неврологического профиля с травмами и заболеваниями нервной системы, инсультами, ДЦП и др. [4] Выполнение упражнений для мелкой моторики вызывает мощный поток импульсов с периферии, который лежит в основе сложного процесса нейро-мышечного проторения, или нейро-мышечной фацелитации (ПНП, ПНФ или PNF). Сущность концепции ПНП, разработанной Г.Кабатом, состоит в максимальном возбуждении периферии (экстеро- и проприоцепторов) и различных районов коры головного мозга с целью достижения мощной сигнализации и концентрации возбуждения в зоне повреждения. Поток импульсов в ЦНС усиливает и обратную реакцию.

ПНП позволяет увеличивать силу, объем движений, работать над координацией, равновесием, выносливостью, стабильностью. Техники на основе ПНП стимулируют и облегчают мышечное сокращение, уменьшают боль при движениях, обучают новым движениям. При этом пациент активно вовлечен в процесс реабилитации, так как выполняет все упражнения совместно с терапевтом.

В коррекционной педагогике упражнения для мелкой моторики участвуют в реализации широкого круга задач, большинство из которых связано со становлением и развитием речи [6]. Взаимосвязи развития мелкой моторики и речи в онтогенезе уделяли внимание ученые – неврологи, невропатологи, педагоги, физиологи и др.

Невропатолог В. М. Бехтерев указывал, что функция движения руки всегда тесно связана с функцией речи, и развитие первой способствует развитию второй. М. М. Кольцова отмечала, что 1/3 всей площади двигательной проекции головного мозга занимает проекция кисти руки, которая расположена рядом с проекцией речевой моторной зоны [2].

Именно величина проекции кисти и ее близость к моторной речевой зоне навели ученых на мысль, что тренировка тонких движений пальцев рук должна оказать большее влияние на развитие активной речи ребенка, чем тренировка общей моторики. При этом движения пальцев рук стимулируют созревание ЦНС и активируют развитие речи ребенка. Специалисты указывают, что своевременное формирование ручных умений ребенка хорошо сказывается на развитии всех психических процессов и функций [2,6].

На основе упражнений для мелкой моторики разработаны множество коррекционных программ, которые применяются как у нормотипичных детей в качестве профилактики, так и при речевых нарушениях различного генеза.

Упражнения для мелкой моторики лежат в основе формирования графомоторных навыков, что является базисом подготовке детей к школе.

Перечисленные особенности физиологического влияния упражнений для мелкой моторики обуславливают их широкое применение в гериатрии [3]. Специальные комплексы упражнений, окупационная терапия, арттерапия и др. могут применяться с профилактической целью, когда основной задачей является поддерживать качество жизни пожилого человека в быту, ускорить процессы овладения новыми навыками, развить способности к практической самореализации в различных сферах жизни. В то же время эти мероприятия могут решать терапевтические задачи, являясь частью реабилитационных программ, направленных на восстановление функций ЦНС и костно-мышечного аппарата.

Заключение

На разных этапах онтогенеза упражнения для мелкой моторики могут решать широкий круг задач. В раннем детском возрасте существенно влияние тонких движений пальцев на формирование и развитие высших психических функций и речи ребенка. В период школьного обучения хорошо развитая мелкая моторика лежит в основе освоения графомоторных навыков и обучения в целом. В любом возрасте при патологиях ОДА и нарушениях вегетативных функций различного генеза мелкая моторика может способствовать восстановлению и нормализации утраченных функций.

Описанные примеры физиологического влияния упражнений для мелкой моторики позволяют проследить основные уровни организации движения, описанные Н. Берштейном - от низших, контролирующих мышечный тонус и регулирующих поток импульсов от проприоцепторов (уровни А-В), до высших, контролирующих предметную деятельность (уровень D) и интеллектуальные двигательные акты – речь и письмо (уровень E) [1]. Следует понимать, что, в зависимости от методики выполнения и поставленной задачи, эффект применения упражнений будет узконаправленным, специализированным или комплексным, сказываясь на функциональном состоянии всего организма.

Список использованных источников:

1. Берштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Медицина, 1966.
2. Киселева И.А. Психофизиология моторно – двигательного акта. *Проблемы педагогики* №8(31). 2017. с.9-11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihofiziologiya-motorno-dvigatel'nogo-akta>

3. Лобанова Н.А., Соловьев А.Г. Развитие мелкой моторики и стимуляция высших психических функций у лиц пожилого возраста. *Клиническая геронтология* - №9-10, 2015. URL: <https://kg.newdiamed.ru/issue/id7520/id11980>
4. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Ростов-на-Дону, 2005, 604 с.
5. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н.Макаровой. М., «Гэотар-Медиа». 2010. 304 с.
6. Сергеева А.И. Логопедические технологии: технология обследования моторных функций : учебно-методическое пособие. Томск: Изд-во ТГПУ, 2010. – 60 с.

УДК 159.9:376-056.2/.3

Позднякова Елена,

перший проректор комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, кандидат педагогічних наук, доцент
м. Запоріжжя, Україна

ПСИХОЛОГІЧНА КОМПЕНСАЦІЯ ЯК ЧИННИК КОРЕКЦІЙНОГО ВИХОВАННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ

Виховний процес у освітньо-реабілітаційному закладі має свою специфіку, тому проблема компенсації обмежень життєдіяльності дитини може бути вирішена в умовах цілеспрямованого корекційного виховання, яке сприяє подоланню недостатності чуттєвого досвіду. Цю думку підтверджує В. Нечипоренко, яка зазначає, що «мають бути запущені в дію реабілітаційні механізми, спрямовані на корекцію, компенсацію, розвиток порушених психофізичних функцій, станів, відновлення особистісного і соціального статусу дітей з особливостями психофізичного розвитку» [5]. Для вирішення проблеми компенсації обмежень життєдіяльності дитини і забезпечення її особистісного розвитку за допомогою корекційного виховання необхідно розглянути напрямки, які обумовлюють наявність в освітньо-реабілітаційному закладі можливості цілеспрямовано та ефективно забезпечувати особистісний розвиток осіб з обмеженнями життєдіяльності. Одним із таких напрямків є психологічна компенсація.

Теоретичним підґрунтям проблеми психологічної компенсації є дослідження А. Адлера, Л. Виготського, О. Колишкіна, Б. Ломова, В. Мерліна, Г. Нікіфорова, З. Фрейда та ін.

Ідея про неповноцінність того чи іншого органу організму людини як важливої обставини, що здійснює вплив на поведінку разом із суттю поняття компенсації стали фундаментальними положеннями концепції А. Адлера [цит. за 6, с. 516]. Згідно поглядів А. Адлера, дефект є провідною рушійною силою психічного розвитку особистості [цит. за 7].

Корисним для нашої роботи є розуміння Л. Виготським поняття надкомпенсації. Надкомпенсація – парадоксальний органічний процес, який перетворює хворобу в надздоров'я, слабкість в силу, отруєння – в імунітет. Вада не є лише недоліком, слабкістю, але й джерелом сили. Лінія «вада – надкомпенсація» є головною в розвитку дитини з особливими освітніми потребами. Компенсаторні можливості для подолання дефекту виступають на перший план в процесі розвитку дитини і можуть бути включені у виховний процес, як рушійна сила [цит. за 1].

Як зазначає О. Колишкін вищою формою компенсації є всебічний розвиток особистості дитини, проте для деяких форм порушеного розвитку компенсація є обмеженою. Так, у разі грубих аномалій розумового розвитку можлива лише часткова компенсація дефекту, оскільки глибокі порушення інтелекту перешкоджають розвитку вищих психічних процесів [4, с. 24].

Згідно з О. Євсюковим важливу роль Б. Ломов, В. Мерлін, Г. Нікіфоров відводять механізмам компенсації психічних функцій і психічних станів. Поняття компенсації, прийняте в спеціальній психології, припускає відшкодування недорозвинених або порушених психічних функцій через використання збережених або перебудови частково порушених функцій. Так, наприклад, недостатній розподіл уваги можна компенсувати її перемиканням; вади зору можна частково компенсувати посиленням розвитку слухового аналізатора; при ослабленні якоїсь однієї риси характеру розвивається інша [3, с. 53–54].

Під впливом психоаналітичної філософії З. Фрейда певний час існувала думка про необхідність адаптації умов школи, середовища, сім'ї до прояву внутрішніх імпульсів пізнавального «Я». Відповідно до цієї тези, педагог повинен був уміти сприймати внутрішні імпульси дитини, не вважаючи їх негативними звичками. На підставі таких теоретичних передумов робилося узагальнення про те, що дитина з особливими потребами, яка перебуває в закладі освіти, знаходиться у перманентному конфлікті із мікросередовищем, тому метою педагогічних заходів повинно бути стримання внутрішніх імпульсів психічної діяльності дитини [цит. за 2].

Проілюструємо впровадження напрямку психологічної компенсації на прикладі загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I–III ступенів комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради. Так, напрямок психологічної компенсації у цьому закладі освіти реалізується через низку заходів:

1) проведення психодіагностичної роботи. Вона спрямована на психолого-педагогічне вивчення чинників становлення дитини та її індивідуального розвитку (наприклад, визначення стану розвитку психічних процесів, психічних станів, індивідуальних властивостей особистості тощо);

2) організація групових та індивідуальних психологічних занять із дітьми: система заходів, які спрямовані на подолання певних проблем дітей з особливими потребами; здійснення психолого-педагогічних заходів з метою усунення вад психофізичного та інтелектуального розвитку та поведінці, подолання різних форм девіантної поведінки; сприяння розвитку здібностей, формування мотивації до навчальної діяльності; здійснення процесу адаптації до умов навчання і життєдіяльності; проведення тренінгів спілкування, особистісного зростання, рольових ігор тощо; контроль та оптимізація навчальних навантажень на дитину; зняття психоемоційного перенавантаження дітей. Процес організації індивідуальних психологічних занять із дітьми тісно пов'язаний із запитами, з якими звертаються учасники освітнього процесу (наприклад, корекційно-розвивальні заняття з учнями 2-го класу щодо корекції агресивності в молодшому шкільному віці; цикл тренінгових занять з учнями 9-го класу на тему «Мій клас»; психологічний практикум для учнів 11-х класів на тему «Організація прийме на роботу»; корекційно-розвивальні заняття з «Дітьми групи ризику» та з дітьми з особливими освітніми потребами тощо).

3) забезпечення психологізації освітнього процесу, розвиток психологічної культури суб'єктів освітньо-реабілітаційного процесу. Реалізується в процесі поширення психологічних знань, виявлення фактів порушення прав дитини, вжиття заходів щодо подолання негативних факторів, які впливають на життя та діяльність дитини, її моральний та соціальний розвиток, здійснення профілактичних заходів щодо попередження негативних впливів (наприклад,

програма «Корисні навички молодших школярів» для учнів 1–4 класів; програма «Аранжування особистості» для учнів 6–7 класів; програма «Психологія спілкування» для учнів 5-х, 8-х та 10-х класів; «Захисти себе від ВІЛ» для учнів 9-х; програма «Моя майбутня професія: шлях до успіху» для учнів 11-х класів тощо).

Таким чином, для нашого дослідження важливими є такі аспекти: підґрунтям корекційного виховання особами з обмеженнями життєдіяльності є не тільки розвиток тих органів сприйняття, які в них збережені, а й є цілеспрямоване включення їх у активну життєдіяльність, яка забезпечує особистісний розвиток; сутністю процесу компенсації є відшкодування порушених функцій і станів за допомогою упорядкованої сукупності напрямків (фізична, психологічна, соціальна компенсація), взаємодія й інтеграція яких обумовлює наявність в освітньо-реабілітаційному закладі можливості цілеспрямовано та ефективно забезпечувати особистісний розвиток осіб з обмеженнями життєдіяльності; дефект не тільки ускладнює розвиток дитини, але й створює підґрунтя для психологічної компенсації.

У зв'язку із цим, реалізація напряму психологічної компенсації дітей з особливими освітніми потребами можлива лише завдяки корекційному вихованню, яке здійснюється в умовах освітньо-реабілітаційного закладу.

Список використаної літератури:

1. Андрейко Б. В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків : дис. .. канд. психол. наук. : 19.00.08. М-во освіти і науки України ; Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 214 с.
2. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна допомога особам з психофізичними порушеннями як суспільний феномен та об'єкт спеціальної педагогіки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2013. Вип. 24. С. 78–84.
3. Євсюков О. П. Науково-історичні та теоретико-методологічні основи вчення про професійну надійність людини в загальносвітовій психологічній науці. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Харків : УЦЗУ, 2007. Вип. 1. С. 54–69.
4. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта» : навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2013. 392 с.
5. Нечипоренко В. В. Системний розвиток навчально-реабілітаційного центру як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції : монографія. Запоріжжя : Видавництво Хортицького національного навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру, 2013. 512 с.
6. Осика О. В. Індивідуальна психологія А. Адлера в психокорекційній роботі зі студентами. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 23. С. 513–523.
7. Покутнєва С. А. Компенсація як основна форма розвитку дітей із глибокими порушеннями зору. *Особлива дитина : навчання і виховання* : наук., навч., інформ. журнал. 2014. № 2. С. 44–56.

Пономарьова Галина,

доктор пед. наук, професор, Ректор Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

Тельна Ольга,

кандидат пед. наук, доцент кафедри корекційної освіти та спеціальної психології Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

(Харків, Україна)

МЕТОДИ УНІВЕРСАЛЬНОГО ДИЗАЙНУ В НАВЧАННІ ЯК ФАКТОР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБЛИВИХ ОСВІТНІХ ПОТРЕБ УЧНІВ ІНКЛЮЗИВНОГО КЛАСУ

Поняття про універсальний дизайн у навчанні (УДН) є частиною сучасної концепції універсального дизайну і тісно пов'язане з поняттям про права людини. Нині універсальний дизайн (*UNIVERSAL DESIGN*) являє собою *основу* для розробки чи проектування навколишнього середовища, житлових будівель, громадських споруд, транспортних засобів загального користування, речей, технологій, будь яких інформаційних видань або подачі інформації та комунікацій у такий спосіб, щоб ними могли користуватися якомога ширші верстви населення попри наявні у них можливі функціональні обмеження [7].

В основі концепції УДН перебуває ученя як особистість із його індивідуальними здібностями, навичками, потребами та зацікавленнями [4]. Окрім того, УДН є результатом багаторічних досліджень у галузі освіти та неврології; 25 років використовується у США, науково доводить свою ефективність [7].

Основними завданнями УДН є розробити навчальні плани та програми, методи та прийоми навчання, дидактичні матеріали, способи оцінювання навчальних досягнень відповідно до індивідуальних потреб і навчальних стилів кожного учня [2].

Ідея УДН не є новою, вона давно зробилася невід'ємною складовою роботи кожного майстерного педагога. Її інноваційність полягає у глибшому усвідомленні того, що універсальний підхід до організації навчального процесу, способу подання навчального матеріалу та вибору методів і прийомів роботи на уроці є винятково ефективнішим і важливішим із погляду задоволення потреб кожного учня [1].

У світовій педагогічній спільноті дискусії щодо застосування концепції універсального дизайну в навчально-виховному процесі тривали понад 25 років. Відтак, більшість учасників цього обговорення погодили три керівні принципи універсального дизайну в навчанні.

До принципів УДН належать:

1. Варіативність (гнучкість) способів подання навчального матеріалу. Всі учні мають різні провідні джерела сприймання інформації.: хтось краще сприймає візуальну інформацію, хтось – аудіальну, а комусь необхідно мати тактильно-руховий контакт зі сприйнятими об'єктами. Це означає, що інформація надається в кількох форматах: через пояснення, колективне обговорення, відмінні навчальні завдання, з акцентом на візуальному, аудіальному та кінестетичному способах сприйняття.

2. Диференційованість способів самовираження. Учням необхідно надати різноманітні можливості для демонстрації набутих знань, умінь і навичок, відповідно до їхніх

індивідуальних психофізичних особливостей, схильностей, зацікавлень і вподобань. Іншими словами, у процесі оцінювання рівня навчальних досягнень використовуються різні, можливо нетрадиційні, методи, причому вони не мусять бути однаковими для всіх. До таких методів можуть належати, наприклад, як традиційні усні та письмові контрольні роботи чи тестові завдання, так і вербальні та/або візуальні презентації, виконання індивідуальних або групових проектів тощо.

3. Варіативність способів залучення до навчальної діяльності, що надає змогу враховувати потреби та можливості всіх учнів, ставити перед ними належні виклики та підвищувати рівень мотивації. Відповідно до цього принципу, педагог має враховувати відмінності між учнями у сенсі їхніх індивідуальних стилів навчання, здібностей і зацікавлень, аби не лише задовольняти індивідуальні потреби, але й допомогти виявити свої сильні сторони [5].

Використання УДН в освітній практиці може спочатку забирати багато часу й енергії, аби правильно спланувати й організувати процес навчання, але з часом, коли педагог перебудує своє мислення, відбудеться певна автоматизація дій і навчально-виховна робота перетвориться на захопливу подорож, у якій кожен учасник буде активним і зуміє досягти бажаних цілей. Однак, для цього необхідно спочатку вміти правильно організувати свій час і простір, а також завжди дотримуватися простих правил:

- Точно визначити труднощі (свої та учнів);
- Завжди ставити чіткі, досяжні цілі (перед собою та перед учнями);
- Постійно надавати й отримувати зворотній зв'язок («оцінку»). [3]

Щоб адаптувати навчальну програму та конкретний урок до потреб усіх учнів, можна й необхідно коригувати такі базові елементи навчального процесу: фізичне середовище,; навчальний матеріал; освітні ресурси,; методи та прийоми навчання; очікувані результати навчання [6].

Застосування принципів УДН вимагає від учителя гнучкості та варіативності у використанні методів і прийомів навчання, добір яких залежатиме як від індивідуальних потреб і можливостей учня, так і від конкретної освітньої ситуації. Однак є певні закономірності, що їх необхідно дотримуватись у практичній роботі з учнями інклюзивного класу:

- Використовуйте моделювання, докладні пояснення і забезпечуйте багато практичних завдань.
- Додатково крок за кроком демонструйте приклади та можливості практичного застосування потрібного вміння.
- Перед вивченням теми пояснюйте нову лексику й поняття на конкретних (бажано, життєвих) прикладах.
- Використовуйте рольові ігри та ігрове моделювання.
- Більше взаємодійте з учнями: диференціюйте кількість навчальних завдань для учня, залежно від спроможності їх виконати; створюйте можливості для керованої практики та часто надавайте зворотний зв'язок.
- Використовуйте різноманітні способи зворотного зв'язку (бонуси, сертифікати, словесне заохочення, інші системи винагороди).
- Частіше хваліть учнів та намагайтеся бути конкретними в своїй похвалі.
- Застосовуйте методики кооперативного навчання та навчання в парі з партнером.

- Використовуйте різні форми роботи - не покладайтесь на пасивне слухання. Враховуйте різні вподобання учнів щодо організації навчальної діяльності, в тому числі на основі візуального, аудіального, кінестетичного сприйняття тощо.
- Варіюйте темп викладання: надавайте більше часу для усної відповіді учнів; за потреби, скоротіть власні інструкції чи повторіть ключові пункти; переконайтесь у тому, що учням усе зрозуміло.
- Диференціюйте кількість часу на виконання поставленого завдання, відповідно до індивідуальних потреб.
- Ставте більше запитань і диференціюйте рівень їх складності для різних учнів.
- Надавайте дозовані підказки чи опори (метод підтримуючої дії) для легшого віднайдення відповіді.
- Використовуйте різні формати учнівської відповіді (іншими словами, не покладайтесь лише на письмові роботи, а дайте учням можливість продемонструвати набуті знання за допомогою діаграми, аудіозапису, шляхом створення постерів, моделей, відеороликів тощо).
- Під час уроку та даючи домашнє завдання, враховуйте особисті зацікавлення та особливі таланти учнів.
- Інтегруйте у навчальну діяльність завдання, спрямовані на формування соціальних навичок, практичних, життєво необхідних навичок і прикладних академічних знань.
- Намагайтесь якомога ширше вводити елементи метакогнітивного пізнання та вироблення стратегій розв'язання проблем (Наприклад: «Що допоможе мені в цій ситуації?»; «Як інакше можна вирішити цю проблему?»).
- За можливості, інтегруйте стратегії регулювання власної діяльності (самомоніторинг, самовиправлення, самопідкріплення).
- У процесі оцінювання використовуйте критеріально-співвіднесені завдання та завдання, що передбачають оцінку їх виконання (презентації портфоліо, демонстрації, виставкові моделі тощо).
- Інтегруйте в свою методику навчання елементи прямого спостереження та оцінки (Адаптовано з Колупаєва, 2012)

Коли йдеться про вимоги до результативності навчання, тобто до очікуваного рівня сформованості певних компетенцій (фактично, визначених навчальною програмою знань, умінь і навичок), слід пам'ятати, що в цьому аспекті диференціація має неабияке значення. Усім учням необхідно забезпечувати доступ до однакових видів діяльності та завдань, проте рівень очікувань щодо досягнення ними тих чи інших навчальних результатів і міри досягнення цих результатів можна варіювати індивідуально для кожного учня. Зазвичай, для цього краще використовувати не тести та письмові контрольні роботи, а завдання відкритого типу, в яких учень зможе у зручний для себе спосіб продемонструвати навчальні досягнення. Так, скажімо, оцінюючи рівень навчальних досягнень з читання мовчки, одних учнів можна попросити виконати тестові завдання, інших – переказати текст або проілюструвати його малюнками чи пантомімою (Puntambekar & Hubscher, 2005).

Наслідком застосування варіативних методів викладення навчального матеріалу, залучення учнів до освітньої діяльності та демонстрації навчальних досягнень буде створення таких освітніх ситуацій, у яких використовувані вчителем методи та прийоми слугуватимуть учневі у якості своєрідних «милиць», або «риштування» (Puntambekar & Hubscher, 2005), на які він / вона може спертися під час засвоєння навчального матеріалу чи виконання практичних завдань. Активне використання допоміжних технологій, парних і групових методів роботи,

варіативність у способах подання навчального матеріалу та створення «ситуацій успіху» – все це є ключовими аспектами дійсно інклюзивної освіти.

Список використаних джерел:

1. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. Київ : «Самміт-Книга», 2009. 272 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
2. Лорман Т. Сім стовпів інклюзивної освіти. Як перейти від запитання «Чому?» до запитання «Як?». *Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання*. 2010. № 3 (57). С. 3–11.
3. Лорман Т., Деспелер Дж., Харві Д. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі : практич. посіб. пер. з англ. Київ : СПД-ФО Парашин І. С., 2010. 296 с.
4. Основи інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / за заг. ред. Колупаєвої А. А. Київ : « А. С. К.», 2012. 308 с.
5. Ainscow, M., & Miles, S. (2008). *Making education for all inclusive: Where next? Prospects*, 37(1), 15-34.
6. Puntambekar, S., & Hubscher, R. (2005). *Tools for scaffolding students in a complex learning environment: What have we gained and what have we missed? Educational Psychologist*, 40(1), 1-12.
7. Rose, D., & Meyer, A. (2002). *Teaching every student in the digital age*. Alexandria, VA: ASCD.
8. Rose, D., & Meyer, A. (2005). *The future is in the margins: The role of technology and disability in educational reform*. In D. Meyer, S. Rose, & C. Hitchcock (Eds.). *The universally designed classroom: Accessible curriculum and digital technologies*, pp. 13-35. Cambridge, MA: Harvard Educational Press.

УДК 376-056.313:81'373(043)

Потамошнєва Олена,

викладач, Харківська гуманітарно-педагогічна академія

м. Харків, Україна

ФОРМУВАННЯ ЛЕКСИЧНОЇ СИСТЕМНОСТІ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Формування мовлення є нагальною проблемою як загальною так і спеціальною педагогіки. В лексичній ланці більшість досліджень та розвідок (К. Ушинський, М. Львова, В. Петрова, І. Марченко та ін) стосується питань збагачення та активізації словника. При цьому проблема засвоєння семантичної сторони слова з позицій системи зв'язків даного слова з іншими, відповідності функціонування слова в мовленнєвій діяльності висвітлена в методичній та науковій літературі недостатньо. Перебуваючи в центрі мовної та мовленнєвої систем, слово є незамінним елементом вислову. Доречний вибір слова у вислові дозволяє дитині максимально точно довести свою думку, викласти навчальний матеріал, задовольнити потребу в спілкуванні.

Сучасні погляди на формування лексичної системності складаються вивчається та розглядається дослідниками різноаспектно. Так, адепти лінгвістичного напрямку (Ф.де Сосюр, Л. Щерба О. Гвоздев, О. Реформаторський та ін.) зазначають, що стала, статична система засвоюється через розуміння системних відношень у мові. Прихильники психолінгвістичного напрямку (О. Леонтєв, М. Жинкін, О. Лурія, Т. Ахутіна та ін.) розглядають лексичну системність як динамічне утворення, що фіксує значення слів та зв'язки між ним завдяки

діяльності загально мовленнєвого механізму. Дослідники психологічного напрямку (Д. Ельконін, Л. Виготський, В. Мухіна та ін.) провідну роль у формуванні лексичної системності відводять спілкуванню та сумісній діяльності.

На жаль, багаторічні спостереження доводять, що учні з інтелектуальною недостатністю наприкінці навчання в початкових класах спеціальної школи демонструють обмежений мовленнєвий досвід та недостатність лексико-семантичних засобів. Одна з причин цього - несформованість лексичної системності у цієї категорії дітей, що не дозволяє їм адекватно використовувати накопичений словник. Робота над словом - є важливим компонентом логопедичної роботи та одним з основних завдань навчання дітей з інтелектуальною недостатністю. Проте, результати цієї роботи не завжди є задовільними. На нашу думку це пов'язано з тим, що в процесі роботи над мовленням педагогами часто не враховується системна будова лексико-семантичного рівня мови. З іншого боку, недостатньо розроблена методика формування лексичної системності, відсутні науково обґрунтовані рекомендації щодо її формування. Методика розвитку мовлення докладно висвітлює питання збагачення і активізації словника дітей молодшого шкільного віку з нормотиповим та порушеним розвитком, проте проблема засвоєння учнями початкових класів семантичної сторони слова з точки зору складної системи зв'язків даного слова з іншими і, відповідно, адекватності функціонування зазначеного елемента в мовленнєвій діяльності (що відображає якісну сторону розвитку словника) представлена в методичній літературі недостатньо і вимагає подальшого вивчення.

Також, актуальність звернення до цього питання визначається ще й специфікою віку дитини. Так, у дітей з легким ступенем інтелектуальних порушень у 8-10 років з'являється усвідомлене орієнтування на систему рідної мови, більш того, вони вже в змозі спілкуватися на рівні нескладного контекстного мовлення [4]. Разом з тим осмислена побудова вислову вимагає одночасного виконання низки операцій: підбір необхідних слів, словосполучень, продукування речень та наскрізний контроль, який відбувається в розумовому плані [5]. Можна зазначити, що всі ці операції знаходяться в зоні найближчого розвитку дітей молодшого шкільного віку з легким ступенем інтелектуальних порушень. Проте самостійно, без системного комплексного впливу, діти даної категорії не зможуть їх опанувати. Націленість саме на цю зону розвитку дитини і вибір адекватної педагогічної тактики надає можливість отримати позитивний результат.

За твердженням М.Р. Львова, система словникової роботи в школі, передбачає щоденне засвоєння від трьох до десяти нових слів, постійну роботу з уточнення їх значень, активізації, яка вимагає від дитини вміння впорядковувати, систематизувати накопичувати лексику, створювати різноманітні, складні, дуже розгалужені мережі словесних зв'язків - семантичні поля [3, с.134]. Тому конче необхідно, щоб нові слова дитина з інтелектуальними порушеннями не вивчала механічно, а включало в мережу вже існуючих лексичних одиниць. Це ще раз підкреслює необхідність створення методики, що дозволяє формувати в мовній свідомості дітей систему семантичних одиниць та їх відносин.

Окреслимо деякі базові підходи, які були покладені в основу методики.

1. Аналіз досліджень довів, що при формуванні лексичної системності доцільно використовувати, в якості базових такі дидактичні принципи: принцип розуміння мовних значень, принцип оцінки виразності мовлення, принцип розвитку почуття мови, принцип системності, синтагматичний принцип, парадигматичний принцип, принцип діяльнісного підходу, принцип комунікативної спрямованості всього навчання, принцип формування лексичної системності в єдності з іншими сторонами психічного розвитку та пізнавальної активності, принцип використання міжпредметних зв'язків [1-3].

2. В нашій роботі по формуванню лексичної системності у молодших школярів з інтелектуальною недостатністю використовували добре знайомий мовний матеріал, широко використовувались матеріали підручників. Для кожного етапу роботи відбирались слова за певними критеріями. Серед великої різноманітності наявних в методичній науці критеріїв нами виділені, як найбільш значущі для досягнення поставлених завдань, такі: тематичний критерій, семантична доступність, комунікативна значимість, властивість різних значень багатозначного слова вступати в синтагматичні, парадигматичні, епідигматичні зв'язки, парадигматичний критерій, словотвірний критерій, частотність слів, критерій випереджаючого мовленнєвого розвитку [].

3. Комплексна методика формування лексичної системності була спрямована на формування часткових лексичних умінь учнів, а саме: замислюватися над значенням слова; тлумачити значення слів в різних життєвих ситуаціях; здійснювати правильний, швидкий і точний відбір слів при побудові висловів; включати нові слова в відомі, часто вживані речення за правилами синтагматики, парадигматики, епідигматики.

4. В якості провідних методичних напрямків в ході експериментального навчання ми визначили наступні: розвиток структурних аспектів лексичного значення слова; формування парадигматичних, синтагматичних, епідигматичних зв'язків слова, організація семантичних полів; розширення обсягу словника.

5. Використання комунікативних прийомів навчання істотно підвищує активність учнів і створює найсприятливіші умови для становлення системності лексики.

Аналіз результатів проведеного експериментального навчання підтвердив ефективність запропонованої методики та дозволив намітити перспективи її широкого впровадження в практику навчання дітей з інтелектуальними порушеннями в спеціальній школі. Аналіз результатів проведеного дослідження дозволяє зробити висновки та намітити перспективи подальшої роботи щодо вдосконалення змісту навчального процесу в початковій ланці спеціальної школи.

Ефективність роботи по формуванню лексичної системності досягається за умови, якщо вона носить комплексний характер – корекційно-розвиткові заняття та мовленнєва робота на всіх заняттях за програмою навчання дитини і здійснюється вона за наступними напрямками:

- розвиток структурних аспектів значення слова;
- формування парадигматичних, синтагматичних, епідигматичних зв'язків слова, організація лексико-семантичних полів;
- розширення обсягу словника;
- вдосконалення пізнавальної діяльності дітей.

Активне використання міжпредметних зв'язків сприяє оптимізації процесу формування лексичної системності, розширює мовленнєвий та мовний досвід дітей.

Результати проведеної роботи свідчать, що учні з легким ступенем інтелектуальної недостатності здатні сформуванню лексичну системність в ході спеціально організованого навчання без введення додаткових занять, якщо буде здійснено ретельний відбір лексичного матеріалу за тематичним принципом та з урахуванням системної організації мови.

Подальшу роботу плануємо проводити в таких напрямках:

1) визначити орієнтовний мінімум словника для молодших школярів з легким ступенем інтелектуальної недостатності відповідно до можливостей дитини та відповідно до навчальної програми;

3) виявити найбільш ефективні методи і прийоми роботи по формуванню системності лексики в залежності від рівня мовленнєвого розвитку учнів;

4) теоретичне і практичне виділення етапів роботи над наявними в учнів лексичним одиницями з метою їх упорядкування та активізації;

5) вдосконалення підручників та навчальних посібників в аспекті цілеспрямованого формування лексичної системності.

Список використаних джерел:

1. Боряк О. В. Теорія і практика формування мовленнєвої діяльності розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку : дис. докт.пед. наук : 13.00.03 / Боряк Оксана Володимирівна Київ, 2019. 567 с. Режим доступу : URL - https://old.npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/Д_26.053.23/Boryak.pdf
2. Кочерган М. П. Вступ до мовознавства. Київ: Видавничий центр «Академія», 2005. 368 с.
3. Львов М. Р. Методика развития речи младших школьников. Тула: Родничок, 2003. 238 с.
4. Петрова В. Г. Психология умственно отсталых школьников: Учебное пособие. М.: Академия, 2002. 160 с

УДК159.93-056.264

Потапенко Софія,

студенка,

Харківська гуманітарно-педагогічна академія

м. Харків, Україна

ВИКОРИСТАННЯ СЕНСОРНО-ІНТЕГРАТИВНОГО ПІДХОДУ У РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ

Діти раннього віку – це категорія дітей, які зазвичай виключена з цілеспрямованого психолого-педагогічного впливу. Це призводить до того, що діти з затримкою або певними порушеннями розвитку пропускають найбільш сенситивний період становлення більшості процесів, які забезпечують подальший пізнавальний розвиток і внаслідок цього у них формуються вторинні відхилення [3]. Це вимушує спеціалістів до пошуку технологій, які б стали в нагоді в діагностичній та корекційно-розвивальній роботі саме з дітьми раннього віку. Сучасна тенденція на першочерговий розвиток інтелектуальних здібностей у дітей призводить до викривлення розвитку дитини в цілому. Знання, які отримані через пояснення, у відсутності чуттєвого досвіду є неміцними, часом недостовірними. Особливо це стосується дітей «зони ризику» та дітей з наявними проблемами розвитку. Ось чому так важливо з раннього дитинства приділяти увагу саме сенсомоторному розвитку дітей, а надалі, коли ми фіксуємо порушення розвитку, включати в систему корекційної роботи різноманітні корекційні підходи щодо формування цього напрямку. Одним з розповсюджених та ефективних підходів формування та корекції сенсомоторного розвитку є технологія Дж. Айрес - інтегративно-сенсорна терапія. Автор цього підходу наголошує на тому, що відчуття від навколишнього світу - є їжею для мозку і дають йому змогу впорядкувати знання, відфільтрувати зайве та надати адекватну сенсорну відповідь на зовнішні виклики [1]. Поняття «сенсомоторний розвиток» містить взаємовпливові складники сенсорних та моторних компонентів діяльності, які є підґрунтям отримання та формування адекватного процесу сприйняття, уявлень про навколишній світ, становлення розумової діяльності [1; 2]. В нашій роботі з дітьми раннього віку з ЗПР ми постійно стикаємося з недосконаlostями процесу формування сенсорної інтеграції у цієї

категорії дітей. Проте, необхідно зазначити, що дітей з типовим розвитком ця проблема не обминає. У власній роботі, взявши за основу теорію Дж. Айрес, ми визначили наявні дисфункції сенсорної інтеграції дітей раннього віку. Більшість дітей має комплекс різноманітних дисфункцій сенсорної інтеграції у вигляді гіпо- або гіпер- чутливості. При чому у кожній окремій дитині, яка має дисфункцію сенсорної інтеграції, одночасно можуть бути присутніми, як гіперчутливість до одних сенсорних подразників так і гіпочутливість до інших подразників. Коротко визначимо основні види дисфункцій [1]:

- тактильні порушення. У разі гіперчутливості дитина уникає дотиків, миття волосся або рук, тісного одягу; при гіпочутливості йде пошук різноманітних дотикових вражень, нових виразних текстур;

- дисфункція вестибулярного апарату. При гіперчутливості дитина уникає рухових розваг, зміни положення голови відносно тіла, гойдалок тощо; при гіпочутливості навпаки дитина невгамовно рухається при цьому рівень координованості може бути різним;

- пропріоцептивна дисфункція. В більшості випадків проявляється в недостатній чутливості. Дитина не може правильно орієнтуватися в просторі, часто падає; занадто тупотить, коли йде або біжить; прикладає велику силу, щоб утримати предмети.

- слухова дисфункція. У дитини підвищена або, навпаки, слабка реакція на звуки. Вона може боятися голосно слухати музику або навпаки, не реагувати на гучні звуки, аж до того, що не відгукується на своє ім'я.

- порушення оральних функцій. Виявляється у відмові їсти нову або тверду їжу або, навпаки, пристрась до неїстівних предметів, а також страв з незвичними характеристиками.

- дисфункція нюху. Занадто сильна чи слабка реакція на запахи. Дитина може відмовитися від їжі, оскільки її запах здається занадто різким або не переносити аромат парфумів. Іноді вона не відчуває навіть вельми неприємні запахи і не може встановити джерело його виникнення;

- зорова дисфункція. Надмірна реакція на яскраве світло. Дитина може плакати при інтенсивному освітленні, прагнути до самоти в темних місцях. Недостатня візуальна реакція. Дитина малює занадто дрібно або занадто крупно, не розрізняє кольори та форми, зазнає труднощі при складанні розрізних картинок.

Всі ці фізичні показники мають відбиття на соціально-емоціональному та пізнавальному розвитку. Так, дитина з розладами сенсорної інтеграції демонструє емоційну нестабільність, може відчувати труднощі спілкування з однолітками, спостерігаються порушення саморегуляції та внутрішньої регуляції.

Використання прийомів інтегративно-сенсорної терапії в роботі з дітьми раннього віку дозволяє створити умови для повноцінного функціонування нервової системи за допомогою стимуляції тактильної, пропріоцептивної, вестибулярної систем організму. Позитивні зміни з'являються природним чином, як тільки відновлюється робота нервових структур.

Реалізуючи на практиці роботу з сенсомоторного розвитку, прийомами та методами інтегративно-сенсорної терапії, керувались наступними принципами:

- вмотивованість дитини до занять. Оскільки всі вправи викликають у дитини чуттєве задоволення, тому надалі вона очікує наступних занять та окремих вправ. Зацікавленість дитини залежить від майстерності педагога та застосовуваного обладнання.

- використання предметних ігор, створення різноманітних ситуацій, які є цікавими та прийнятними для дітей раннього віку;

- поступове ускладнення завдань. На початку роботи дитина опрацьовує подразники, які адекватні її рівню сприймання. В подальшій роботі, в залежності від її власного типу

функціонування сенсорної інтеграції підбирають подразники більшої або меншої сили. Поступово навчаючи її диференціювати та інтегрувати сенсорні стимули.

- робота в зонах актуального та найближчого розвитку. Перед дітьми ставлять лише доступні завдання, які поступово ускладнюються, в разі успішного виконання попереднього завдання за ступенем важкості.

Робота проводиться на різноманітних заняттях, заняттях вчителя-дефектолога, як структурний компонент заняття, так і в режимні моменти. Використовуємо традиційні підходи до роботи з сенсомоторного розвитку (ліплення, ігри з піском та водою), а також менш вживані в практиці дошкільних установ: ігри з тунелями та наметами, іграшки з різноманітними сенсорними ефектами, з навантаженнями тощо.

Найважливіша та найефективніша робота, та маловживана в традиційних корекційних технологіях – є робота з вестибулярною та пропріоцептивною системами. Окреслимо деякі напрями роботи з цими системами. Діти з порушеннями розвитку раннього віку часто не можуть контролювати рівень свого збудження. В цьому випадку можна використовувати вправи з обтяженнями. Для цього використовуються підібрані за вагою жилети, шарфи, браслети на руки та ноги тощо. В результаті вправ з подібними предметами дитина отримує необхідне сенсорне навантаження, яке заспокоює нервову систему та гальмує надмірну активність.

Недостатньо розвинена пропріоцептивна система створює проблеми для формування дрібної і загальної моторики, заважає нормальній координації рухів, не забезпечує плавність рухів. Дитина з подібними особливостями зазнає труднощів при повзанні, ходьбі, їзді на велосипеді. Також їй важко освоїти навички малювання та письма.

Вищезазначена робота вимагає використання спеціального приладдя. Успішним рішенням щодо комплексного розвитку сенсорної інтеграції є сенсорно-динамічний зал, який задовольняє потреби рухової активності дитини і надає повноцінний сенсомоторний досвід, який неможливо досягти за допомогою традиційних спортивних комплексів. Через подібну гру у дітей формуються необхідні рухово-сенсорні навички, необхідні для повноцінного фізичного і психічного розвитку. На сенсорні стимули дитина відповідає руховими реакціями, нові відчуття спонукають до нових рухів. Так накопичується досвід, утворюються нові зв'язки між сенсорною та моторною функціональними системами, які стають основою для освоєння нових навичок.

Список використаних джерел:

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития М.: Теревинф, 2010. 272 с.
2. Монтанаро С. К. Понимание человека. Важность первых трех лет жизни СПб. : Реноме, 2013. 203 с.
3. Психологічна енциклопедія / уряд. В. А. Степанов. К.: Академвидав, 2006. 424 с.

Проскурняк Олена,

д-р психологічних наук, завідувач кафедри корекційної освіти та спеціально психології Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради
м.Харків, Україна

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ ЯВИЩАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРАБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧА

Особливе місце серед порушень опорно-рухового апарату має дитячий церебральний параліч, розповсюдженість якого має від 2 до 8 випадків на 1000 дітей [3]. Клінічні прояви цього захворювання є гетерогенними, а етіологія дотепер залишається дискусійною. Серед розповсюджених симптомів є порушення рухової активності, що не може не впливати на фізичний розвиток дітей.

Як відомо, сучасне виявлення та ранній початок корекційно-реабілітаційних заходів є запорукою успішної адаптації й соціалізації дітей з особливими освітніми потребами й, зокрема, дітей з церебральним паралічем.

Безумовно, для відновлення рухових функцій дітей з ДЦП важливим є комплексний підхід й скоординована взаємодія медиків, дефектологів, реабілітологів, завдяки чому більшість дітей з неускладненими формами дитячого церебрального паралічу успішно навчаються в умовах інклюзії, але, все ж таки мають певні складнощі психологічного та функціонального характеру. Порушення злагодженої роботи зазначених фахівців уповільнює процес активного включення дітей означеної категорії до суспільного життя.

Різним аспектам роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату приділяли такі вчені, як О.Глоба, А.Заплатинська, І.Мамайчук, Е.Мастюкова, В.Лебединський, М.Нікітіна, О.Романенко, В.Синьов, К.Семенова, А.Шевцов та ін.

Оптимальне надання допомоги дітям з ДЦП, як зазначалося вище відбувається через застосування мультидисциплінарного підходу команди фахівців різних профілей, які звертають увагу не лише на дитину, алей його соціальне оточення, працюють з члена родини, беруть участь як у розробці індивідуальної програми розвитку, так й у щоденній реабілітації. ДЦП є дисфункціональним станом, який потребує щоденної кропіткої роботи з мотиваційної й емоційної підтримки дитини і членів родини, налагодженні комунікації з оточуючими, лікування супутніх захворювань, підвищення якості життя дитини, її активності.

Не виключаючи важливість медичних, корекційно-виховних, навчальних складників корекційно-реабілітаційної роботи, у нашому дослідженні приділяємо увагу функціональній терапії як засобу корекції саме рухових функцій.

Як зазначає Б.Буховець, головним завданням фізичної реабілітації дітей з ДЦП є розвиток моторних можливостей та рухової функції, що проходить за тими ж етапами та у тій же послідовності, що і у здорової дитини, але за допомогою комплексного застосування методів фізичної реабілітації (В.Мартинюк, 2005; Н.Фінні, 2009; В.Михайленко, 2010; К.Вобатх, 1984) [1].

Засоби функціональної терапії розглядаємо як складники фізичної реабілітації. На думку учених Г.Бензе, В.Льїн, Л.Капілевич, В.Мартинюк лікувальна фізкультура є перевіреним часом, практично ефективним засобом функціональної терапії. Розглянемо означені засоби в контексті корекції рухових функцій у дітей з залишковими явищами дитячого церебрального паралічу.

Зазначимо, що ефект впливу лікувальної фізкультури (ЛФК) має такі стадії:

- Реактивації (агіпокінезія);
- Рекомпенсації (рівень компенсації та її сталість);
- Реадаптації (до фізичного навантаження побутового плану);
- Реабілітації (можливість трудової діяльності).

Користь від ЛФК при ДЦП полягає в тому, що при виконанні фізичних вправ у центральну нервову систему поступають сигнали від м'язів, зв'язок інших органів і систем, які забезпечують руховий акт, що призводить до виникнення нових осередків збудження, які «гасять» болісні рефлекси, а також сприяють виробленню нових компенсаторних рухів та механізмів. Отже, фізичні вправи ЛФК активізують діяльність усіх функцій організму, здійснюють загальнотонізуючу дію.

Можна констатувати, що заняття лікувальною фізкультурою дітьми з залишковими проявами ДЦП мають оздоровчу дію, оптимізують обмінні процеси, зміцнюють м'язи, що є ослабленими, допомагають при викривленнях хребта.

Серед завдань лікувальної фізкультури для дітей з ДЦП визначаємо: зміцнення загального здоров'я дитини, покращення емоційного стану, нормалізація основних нервових процесів в організмі, поліпшення діяльності нервової і серцево-судинної систем, зміцнення дихальних м'язів, активізація процесів обміну, покращення фізичного розвитку.

При застосуванні комплексів лікувальної фізкультури необхідно дотримуватись таких вимог: індивідуалізація (необхідно враховувати особливості перебігу хвороби, емоційний стан дитини тощо); системність (добірка вправ та послідовність їх застосування; регулярність (заняття мають бути щодня або декілька разів на день протягом тривалого часу); тривалість (багаторазове повторення вправ як під час проведення заняття, так й протягом у період тривання курсу впливу лікувальною фізкультурою); поступове зростання фізичного навантаження (кожне заняття необхідно ускладнювати додаванням нових вправ або збільшенням кількості разів повторення вправ, що вже застосовуються у комплексі) [2].

В контексті корекції залишкових явищ дитячого церебрального паралічу у дітей лікувальні справи спрямовані на:

- Корекцію порочних установок опорно-рухового апарату (кінцівок, відділів хребту тощо), подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії окремих груп м'язів).
- Поліпшення роботи суглобів (профілактика контрактур).
- Нормалізація тону м'язів (корекція позо-тонічних реакцій).
- Покращення кінестезії та тактильних відчуттів.
- Формування компенсаторної гіпертрофії певних груп м'язів.
- Розвиток предметно-маніпулятивної діяльності пальців рук.
- Формування вестибулярних та антигравітаційних реакцій; рівноваги та орієнтування у просторі.
- Формування різних опорних реакцій рук та ніг, загальна релаксація організму та його окремих кінцівок.
- Подолання неправильних поз та положень.
- Упередження формування порочного вторинного стереотипу руху.

Грунтуючись на вищевикладеному, дітям з залишковими явищами дитячого церебрального паралічем вважаємо доцільним рекомендувати такі вправи:

- На розтягування м'язів (зняття м'язової напруги, розширення діапазону рухів.
- На розвиток чутливості м'язів; для появи сили, що здатна регулювати певну частину м'язів, яким це необхідно.
- Вправи на поліпшення функціонального стану нервової тканини засобами послідовного тренування чутливості нервів.
- Вправи взаємного впливу для підтримки ефективності функціонування органів.
- Вправи, спрямовані на розслаблення, для усунення спазмів, напруги, судом.
- Тренування ходьбою, теренкур.
- Вправи для стимулювання органів чуття через підвищення чутливості м'язів.
- Вправи для рівноваги (кутова плоскість).
- Вправи на опір, поступово збільшуючи навантаження для розвитку сили м'язів.

Оскільки фізіологічний смисл занять лікувальною фізкультурою полягає розвитку нових умовно-рефлекторних зв'язків і механізмів у процесі корекційної роботи, однаково важливе значення мають як наочна демонстрація, так і словесне роз'яснення комплексу фізичних вправ. Досвід доводить ефективність організації занять в індивідуальній та мало груповій формах. Зазначимо, що необхідно проводити періодичне визначення змін у стані функцій за допомогою спеціальних тестів або фізіологічних обстежень. Такий моніторинг дозволяє своєчасно виявити необхідність змінення динаміки функціонального стану дитини, ефективність впливу лікувальних занять.

Підсумовуючи зазначимо, що методика ЛФК при ДЦП ґрунтується на таких принципах: регулярність, систематичність, послідовність занять, індивідуальний підхід, урахування важкості захворювання, а також віку та психічного стану дитини. Збільшення фізичних навантажень є індивідуальним і залежить від його психічного стану. Важливість ранньої корекційно-реабілітаційного впливу зумовлено особливостями розвитку дитячого мозку, його пластичністю і здатністю до компенсації порушених функцій. Отже, корекційно-реабілітаційні заняття доцільно проводити з раннього віку та спрямовувати на відновлення порушених функцій.

Список використаних джерел:

1. Буховець Б. Фізична реабілітація дітей з дитячим церебральним паралічем з використанням бобат-терапії: автореф. дис. канд. наук з фіз. виховання та спорту 24. 00.03, К. 2019. 23с.
2. Дубровский В. Лечебная физическая культура. Изд.3-е. М.: Владос, 2011. 608с.
3. Gaysina L.Z., Gaynetdinova D.D., RF Khakimova R.F. Neuroimmunological aspects of the pathogenesis in children's cerebral palsy // Medicinskaja immunologija. 2011. Vol. 13. №2-3. P.115-120. (in Russian)

Романенко Оксана,
доктор психологічних наук, професор,
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ Я-ФІЗИЧНОГО У ШКОЛЯРІВ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Проблема удосконалення спеціальної освіти в Україні передбачає визначення та реалізацію оптимальних шляхів інтеграції дитини з особливостями психофізичного розвитку в умови сучасного суспільства, на основі розвитку особистісної активності та адекватної взаємодії з навколишнім світом. У зв'язку з цим в існуючих умовах життєдіяльності важливим є створення та функціонування системи адаптивної активності школярів з церебральним паралічем шляхом включення механізмів свідомої саморегуляції, в основі яких лежить суб'єктивна індивідуально-особистісна оцінка природних та соціальних впливів. Адекватне пізнання свого Я, своїх здібностей та недоліків у поєднанні з позитивним самоприйняттям створює умови для розвитку самосвідомості цих дітей.

Онтогенетично первинним аспектом розвитку самосвідомості є фізичний Я-образ особистості. Він складається як із уявлень індивіда про свої зовнішні якості, так і про власні фізичні можливості. Фізичний Я-образ є складним утворенням, яке обумовлене статтю, індивідуальними тілесними особливостями та традиційними культурними очікуваннями. Ще З. Фрейд розглядав Я-образ особистості в тісній єдності з тілесним досвідом та тілесними переживаннями [6]. А. Адлер вказував на існування зв'язку між характером тілесного досвіду та самооцінкою [1]. Р. Бернс пропонував розуміння образу тіла як психологічного утворення, яке включає уявлення про себе в фізіологічному та соціальному аспектах [2].

Образ тіла людини в її уявленні обумовлений такими факторами: 1) актуальне суб'єктивне сприйняття тіла, як зовнішності, так і здатності до функціонування; 2) інтерналізовані психологічні фактори, які є результатом власного емоційного досвіду індивіда так, як і викривлення концепції тіла, що проявляються у соматичних ілюзіях; 3) соціологічні фактори, пов'язані із ставленням батьків та суспільства до індивіда; 4) ідеальний образ тіла, що відображає установку по відношенню до тіла, які пов'язані з відчуттям сприйняття, порівняння та ідентифікаціями власного тіла з тілами інших людей [5].

Поняття образу тіла часто ототожнюють з поняттям схеми тіла, що було запропоновано Боньєром у 1893 році. Воно означає пластичну модель власного тіла, яку будує індивід, виходячи із соматичних відчуттів. Схема тіла забезпечує регулювання частин тіла, а також контроль та корекцію рухового акту в залежності від зовнішніх умов.

В дослідженнях вчених активно вивчалось тілесне сприйняття, що спиралося на поняття схеми тіла. В роботах фізіологів і неврологів, які спостерігали факти порушення тілесного усвідомлення, наприклад, втрата відчуття тіла при лівосторонній геміплегії, велися пошуки мозкової локалізації схеми тіла. Було доведено, що у здійсненні акту тілесного усвідомлення беруть участь обидві тім'яні долі, сенсомоторна кора, тім'яно-потилична область та скроневі відділи головного мозку.

Таким чином, обґрунтуванням розведення понять схема тіла та образ тіла є різна природа феноменів, які відповідають за них: схема тіла визначається роботою пропріоцепції, а образ тіла розглядається як результат усвідомленого чи неусвідомленого психічного відображення.

Фундаментальним рівнем тілесного переживання є сприйняття тіла як об'єкта у просторі. Схема тіла забезпечує уявлення про локалізацію стимулів на його поверхні, про орієнтацію тіла у просторі, розрізнення між болем та задоволенням.

Дитина починає пізнавати світ виходячи із свого власного тіла. Цей рівень фізичного Я визначає тілесну самоідентичність. Однією із специфічних, але й достатньо широких функцій Я-фізичного людини є забезпечення адаптації особистості до умов зовнішнього світу. Фізичний Я-образ є важливою для кожного індивіда підструктурою самосвідомості, яка активно захищається від фруструючих впливів.

Численними дослідженнями доведено, що існує висока залежність між рівнем особистісної депресії і ступенем незадоволеності тілом. І відповідно, між задоволеністю своїм тілом та відчуттям особистісної захищеності, а також між оцінкою власного тіла та успішністю самореалізації має місце висока кореляція.

Посилена увага до свого тіла, аналіз свого фізичного Я-образу характерні для підлітків та юнаків. Усвідомлення своїх фізичних недоліків глибоко їх фруструє, породжуючи тривогу та дезадаптованість, що проявляється у складнощах спілкування, характерологічних змінах, які перешкоджають процесам нормального пристосування в широких сферах соціального життя. В тих випадках, коли власний фізичний недолік усвідомлюється, можуть мати місце психічні процеси компенсації та надкомпенсації, які по своїй мотивації є адаптивними. Ці механізми розглянуті в працях А. Адлера [2]. Він формулює психологічний закон перетворення органічної неповноцінності в прагнення до компенсації, що виявляється через суб'єктивне почуття малоцінності та викликає не покірність перед дефектом, а бунт проти нього. На необхідність розуміння компенсації як синтезу біологічних та соціальних факторів вказував Л. С. Виготський [4].

Однак механізми компенсації не являються єдиними адаптивними стратегіями особистості, у якої склався фруструючий образ власного тіла. Такі люди можуть внести у нього виправлення на чисто психологічному рівні або систематично витіснити цей образ у несвідоме.

У дослідженнях зазначається, що підлітки з помітними відхиленнями у фізичному розвитку в більшій мірі піддаються несприятливому впливу соціально-психологічного середовища, що сприяє формуванню негативного Я-образу, залежності від оточення або бунту проти нього. Адаптивною стратегією в такому випадку стає агресивність, одночасно у них розвиваються такі риси характеру, як навіюваність та песимістичність [5].

Можливим варіантом адаптації людей із фізичними порушеннями є також пристосування до установок оточуючих. В цьому випадку в якості провідного виступає механізм психічної регресії, що пов'язаний із фіксаціями інфантильних рис особистості та форм поведінки.

Згідно з положенням про тісний взаємозв'язок моторики та активності, дитячий церебральний параліч є моделлю для вивчення особистісних порушень дитини, що обумовлені дефіцитом її рухової сфери [3]. Своєрідність психофізичних порушень у розвитку дитини з церебральним паралічем не може не позначитися на формуванні її Я-образу як системи уявлень про власну особистість, на основі якої будуються її взаємини з соціумом. На актуальність цієї проблеми свого часу вказував Л.С.Виготський, який зазначав, що будь-який тілесний недолік не тільки змінює ставлення людини до світу, але перш за все відбивається на стосунках з людьми [4].

Таким чином, зміст образу Я-фізичного, його складові якості та формально-структурні характеристики впливають на загальну структуру Я-концепції, визначають як окремі самооцінки, так і глобальне ставлення до себе у вигляді самоприйняття або самозаперечення.

Відомо, що зовнішні риси людини усвідомлюються раніше, ніж особистісні. Зовнішність як компонент Я-образу є достатньо значущою для школярів 9-10 років.

За результатами аналізу результатів самоописів молодших школярів із церебральним паралічем на вибірці з 40 осіб встановлено, що їм притаманна незначна кількість суджень про власні фізичні можливості (15%). Це може вказувати на те, що в процес сприймання себе такими дітьми включені захисні механізми. Відомо, що деякі власні особливості не усвідомлюються тому, що можуть стати травмуючими для особистості. Очевидно, в даному випадку має місце такий вид психологічного захисту, як витіснення небажаних рис, зокрема, уявлень про свої фізичні можливості. Можливо, саме це також було однією з причин того, що в самоописах цих дітей були відсутні висловлювання, що стосуються Я-ідеального. В одиничних випадках нами фіксувалися висловлювання, що відносяться до Я-дзеркального та відображають ставлення інших до своєї зовнішності. Ці висловлювання носили хворобливий характер та свідчили про переживання свого дефекту під впливом негативних ставлень оточуючих.

Когнітивна спрощеність фізичного Я-образу у молодших школярів із церебральним паралічем зумовлена як недостатністю умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторним витісненням травмуючого для особистості усвідомлення власних рис. В результаті уповільнюється процес розвитку самосвідомості та формування продукту цього процесу – певного образу Я.

Залежність від авторитетних дорослих та опосередкований характер усвідомлення свого дефекту через ставлення оточуючих обумовлюють низьку когнітивну диференційованість фізичного Я-образу у школярів із церебральним паралічем, що призводить до несталості уявлень про себе, викривлення системи самооцінок та породжує негативне самоприйняття.

Когнітивні та афективні компоненти Я-образу у школярів із церебральним паралічем мають негативну причинно-наслідкову залежність, що обумовлюється переживанням свого фізичного дефекту та травматичного впливу на особистість досвіду соціального спілкування. Усвідомлення власного неуспіху повертається у самосвідомість у вигляді хворобливих відчуттів тривожності, невпевненості, агресивності, які сприяють викривленню подальших поведінкових реакцій та ще більше загострюють соціально-комунікативні проблеми.

Самоставлення у школярів із церебральним паралічем має тенденцію до формування за типом суб'єкт-об'єктних відношень внаслідок інтеріоризації чужих негативних ставлень та наявності ригідних рис в структурі особистості хворих дітей.

Особливості формування Я-фізичного у школярів з церебральним паралічем, виявлені в дослідженні, обумовлюють необхідність психологічної допомоги цій категорії дітей, яка має бути специфічною як за цільовою направленістю, так і за організацією процесу.

Список використаних джерел:

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Прогресс, 1995. – 296 с.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. Пер. с англ./ Общ. ред. В. Я. Пилиповского. – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
3. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М.: Медицина, 1966. – 349 с.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
5. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 214 с.

6. Фрейд З. Психология бессознательного. Сб. произведен. / Сост. Ярошевский М. Г. – М.: Просвещение, 1989. – 448 с.

УДК 86-056.313

Савицький Андрій,

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри логопедії та логопсихології НПУ
імені М.П. Драгоманова
м. Київ, Україна

МОРФОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ГОТОВНОСТІ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

В Україні значна увага приділяється проблемам навчання дітей з порушеннями психічного і фізичного розвитку. На фоні розгалуженої системи спеціального навчання та впровадження інклюзивної освіти для різних категорій дітей, що мають відхилення в розвитку, не до кінця визначені критерії навчання таких дітей та можливі складнощі входження їх у загальноосвітній простір. Зокрема залишається проблема якісного психодіагностування дітей з синдромом Дауна та їх морфофункціональна готовність до спеціально організованого навчання в молодшій школі.

Проблема готовності до шкільного навчання в останній час вивчається дослідниками різних спеціальностей: педагогами, психологами, фізіологами, нейропсихологами, які досліджують і обґрунтовують критерії готовності до систематичного навчання дітей з різними рівнями психомоторного розвитку, визначають вік, з якого доцільно розпочати навчання у школі. Особливою виявляється ситуація пов'язана з початком навчання в школі дітей з синдромом Дауна.

Проблемою навчання дітей з обмеженнями розумового розвитку у спеціальних навчальних закладів займалися сучасні вітчизняні та іноземні фахівці в галузі корекційної педагогіки та психології (В. Бондар, Ю. Бріскін, Т. Гаврилова, Т. Ілляшенко, В. Липа, Б. Сермеєв, В. Синьов, Є. Соботович, Н. Стадненко, В. Тарасун, О. Хохліна, М. Шеремет та ін.) в роботах, яких досліджується проблема готовності розумово відсталих дошкільників до шкільного навчання.

Заслуговують уваги праці провідних дослідників розвитку дітей з синдромом Дауна сучасного періоду за кордоном М. Бруні, П. Лаунтеслагер, Д. Фідлер, П. Уіндерс та ін.

За останні роки корекційні педагоги та спеціальні психологи відмічають значне збільшення кількості дітей з особливостями психофізичного розвитку. Так в Україні за останні десять років кількість дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з синдромом Дауна, порівняно з попереднім періодом, збільшилась на 55% і складає 8 тис. осіб. [3, с.72]

Загалом, дослідження проблеми функціональної готовності до навчання і проблеми підготовки до школи дітей з синдромом Дауна дає можливість розробити критерії відбору їх до загальноосвітніх закладів та розробити стандарти шкільної освіти для даної категорії дітей.

В нашому дослідженні під морфологічною індивідуалізацією дітей з синдромом Дауна ми розуміємо наявність достатнього рівня розвитку у них необхідних для шкільного навчання функцій, які дозволяють їм без шкоди для їхнього розвитку, без надмірного напруження оволодівати програмовим шкільним матеріалом. В свою чергу, морфофункціональну

неготовність визначаємо як відставання у розвитку саме тих функцій, які набувають максимального напруження саме у процесі навчання. Перш за все, це розвитку психіки дитини з даною генетичною патологією, швидкості і міцності створення умовних зв'язків, можливості на певному функціональному рівні аналізувати і синтезувати одержану інформацію та мати достатній рівень розвитку функцій сприймання та розуміння мовлення.

Зазначаємо, що для успішного засвоєння шкільної програми дітьми молодшого шкільного віку з синдромом Дауна у них має відбутися достатній розвиток експресивного мовлення та сформуватися довільна регуляція психічної діяльності для виконання поставлених перед дитиною завдань. Тому зазначена морфофункціональна неготовність викликає у дітей значні відставання у навчанні, що в свою чергу відбивається на їхньому емоційному та фізичному стані. Для уникнення психотравмуючих ситуацій під час навчання цих дітей необхідно визначити стан готовності дитини до навантажень, пов'язаних з шкільним навчанням.

Далі детально зупинимось на морфологічних основах індивідуалізації навчання дітей з даною генетичною патологією. Останні дослідження в галузі нейрофізіології та нейропсихології засвідчують, що функціональна діяльність головного мозку людей з синдромом Дауна відрізняється від роботи мозку в нормі. Так, знижена активність ключових зон системи дзеркальних нейронів, які беруть активну участь у сприйманні і розумінні дій та емоцій інших людей, а також у формуванні мовлення. Крім того у дітей з трисомією -21 значно знижена активність моторних зон головного мозку. [5, с.26]

Дійсно ці діти мають специфічний профіль психомоторного розвитку. В цьому відношенні вони відстають від звичайних дітей і у них виявляються порушення в послідовності освоєння рухових навичок, розвитку мовлення та багатьох інших психічних процесів. Крім того, при синдромі Дауна, на відміну від інших форм відставання розумового розвитку, рухові порушення превалюють над інтелектуальними. [5, с.18]

В нашому огляді ми не можемо не зупинитись більш детально на аналізі останніх досліджень в галузі нейрофізіології за кордоном. Так дослідження будови і функціонування ЦНС у дітей і дорослих з синдромом Дауна отримали на Заході широке розповсюдження і орієнтовані в більшій мірі на пошук методів медикаментозного лікування, генної терапії і корекції окремих порушень і особливостей розвитку, притаманного людям з даною генетичною патологією.

Дослідження будови і діяльності дитячого мозку також спрямоване на вивчення додаткових моментів: визначення нейробіологічної та нейрофізіологічної основи специфіки онтогенезу осіб з синдромом Дауна. Комплексний погляд на проблему забезпечується завдяки проведенню досліджень на усіх рівнях: генному, молекулярному, клітинному. Значна увага в актуальних дослідженнях відводиться питанню про час появи нейроанатомічних і нейрофізіологічних особливостей онтогенезу даної категорії дітей. [5, с.34]

Попередні дослідження ЦНС людей з синдромом Дауна до недавнього часу базувались на вивченні біологічного матеріалу. Отримані дані чітко вказували на те, що вага головного мозку людей з синдромом менша за середньостатистичну, мозочок та лобні відділи мозку суттєво менші за об'ємом.

Так дослідження багатьох авторів вказують на зниження (в середньому до 76% щодо норми) загальної маси головного мозку людини із синдромом Дауна, особливо на зменшення об'єму мозочка (66%) та стовбура мозку. Науковці відзначають, що будова мозку дітей має ознаки незрілості. Це виражається у зменшенні звивин кори та недостатній мієлінізації півкуль головного мозку та мозочка. Є данні про меншу, в порівнянні з нормою, кількість нейронів у

корі великих півкуль мозку – в лобній долі, тім'яній, потиличній і, особливо, скроневій долях. [4, с.54]

Багато авторів пов'язують саме з особливостями будови нервової системи те, що у людей із синдромом Дауна недостатньо розвивається рівновага й координація рухів, спостерігається знижений м'язовий тонус.

Мозочок відіграє центральну роль в керуванні положенням тіла в просторі та координації рухів і отримує інформацію від вестибулярного апарату. Мозочок також взаємодіє з тими відділами кори головного, які відповідають за управління довільними рухами. Крім цього, зворотній зв'язок з корою великих півкуль мозку здійснюється від кори мозочка через мозочкові ядра та екстра пірамідну систему із заходженням у стовбур мозку, до таламусу і потім до кори. При тих чи інших ураженнях мозочка спостерігаються порушення в координації рухів і рівновазі тіла, а також м'язова гіпотонія.

Для підтримання положення тіла в просторі необхідно, щоб посилення активності гамма-мотонейронів регулювалося на рівні стовбура мозку. Без цієї базової активності імпульсація альфа-мотонейронів вимикається через гамма-петлю. У підтримуванні положення тіла в просторі особливо важливу роль відіграють м'язи – розгиначі, яким саме ця система управління має забезпечити достатній тонус.

Отже отримуємо чергове підтвердження, що у людей з синдромом Дауна констатуються наступні відмінності у морфології головного мозку:

- менший загальний об'єм головного мозку внаслідок зниження об'єму як сірої так і білої речовини;
- диспропорційно маленький мозочок;
- відносно збільшені об'єми субкортикальної і тім'яної сірої і білої речовини у скроневій долі.

Специфіка нейроанатомії ЦНС, що є притаманною людям з синдромом Дауна, пояснює характерні для них особливості рухової та психічної діяльності. Так, гіпоплазією мозочка обумовлено гіпотонію і складність в координації рухів, порушення в функціонуванні артикуляційних м'язів і як наслідок тяжкі порушення мовлення у вигляді дизартрії. [4, с.75]

Специфічна анатомія лобних долів мозку визначає такі особливості дітей з синдромом Дауна, як персеверації, дефіцит уваги, значне зниження рівня довільності рухів.

Відносна збереженість зорово-просторових координацій у дітей з даною патологією розвитку, обумовлена, можливо, близькою до звичної побудови сірої речовини тім'яної долі.

Нейроанатомічні дослідження вказують, що особливості будови і функціонування нервової системи які виникли в ранньому віці стають більш помітними і починають більш чітко виявлятися у ранньому підлітковому віці.

Очевидність взаємозв'язку рухових порушень (рівноваги та координації рухів) з анатомічними особливостями нервової системи останнім часом є доведеною. Хоча, можливо, певну роль відіграють постнатальні порушення диференціювання центральної нервової системи. Але, в будь-якому випадку, рухові особливості дітей з синдромом Дауна можна описати з позицій Бобат, як порушення рефлекторних механізмів регуляції положення тіла в просторі. Нормальні постуральні рефлекси забезпечують нормальний м'язовий тонус, при якому динамічна стабілізація проксимальних частин тіла забезпечує контрольовані рухи дистальних частин і дозволяє дитині використовувати різноманітні положення тіла й різноманітні зразки рухів, що в свою чергу, робить її більш функціональною і пристосованою до соціуму і якісної адаптації до навколишнього середовища.

На основі аналізу даних ми визначили основні теоретичні та практичні основи готовності до шкільного навчання дітей з синдромом Дауна. Так виокремлено наступні компоненти освітньої діяльності :

- Інтелектуальна готовність (достатній запас знань про оточуючий світ, уявлення про закономірності явищ, рівень розвитку пізнавальних інтересів, рівень пізнавальної діяльності, психічних процесів, сформованість мислення, рівень розвитку наочно-образного мислення, сформованість символічної функції, уяви, усного мовлення);

- Психомоторна готовність (збалансованість процесів збудження і гальмування, становлення мови і мовлення, вербально-логічного мислення, розвиток дрібної моторики, зорово-моторної координації);

- Емоційно-вольова готовність (довільність поведінки, характер емоційності);

- Соціально-психологічна готовність (сформованість особистісного спілкування з дорослими, спілкування з дітьми, формування довільності);

- Особистісна готовність (сформованість до прийняття нової соціальної позиції школяра, сформованість пізнавального інтересу, рівень довільної поведінки, узгоджуваність мотивів, сформованість самооцінки).

На основі сформованих компонентів, дослідження одержаних матеріалів спрямованих на вивчення дитини з синдромом Дауна, можна сформулювати основні критерії готовності цієї категорії дітей до шкільного навчання, а саме:

- Достатній рівень особистісної форми спілкування з дорослим;

- Сформованість внутрішньої позиції школяра;

- Узгодженість пізнавальної і соціальної мотивації;

- Сформованість нижчого порогу навчання;

- Рівень актуального розвитку довільності.

Аналіз літературних джерел та власний педагогічний досвід не вичерпав всіх питань пов'язаних особливостями шкільного навчання дітей з даною генетичною патологією. Тим більше якщо перед нами постають проблеми не раннього і дошкільного періоду їх життя, а моменту навчання цих дітей у школі. В подальших публікаціях ми будемо намагатись ще глибше зрозуміти роботу нестандартного мозку дитини з синдромом Дауна, його пластичність та можливі компенсаторні перебудови і як наслідок вдало організований процес корекційного навчання і виховання дітей в умовах загальноосвітнього простору.

Список використаних джерел:

1. Бруни М. Формирование навыков мелкой моторики у детей с синдромом Дауна / М. Бруни // Пер. с англ. А. Курт. – М.: Связь-Принт, 2005, - 212с.
2. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе / Н.И. Гуткина // СПб.: Питер, 2004. – 214 с.
3. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева // - М.: Просвещение, 1988. – 261 с.
4. Марцинковская С.Д. Диагностика психического развития детей / С.Д. Марцинковская // Пособие по практической психологии. – М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1997.- 176 с.
5. Лаунтеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна / П. Лаунтеслагер // Проблемы и решения. / Пер. с англ. О.Н. Ертановой. – М., «Монолит», 2003, - 196 с.

6. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання : діагностика і формування / В.В. Тарасун // Монографія. – К.:Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. – 299 с.

УДК 316.614.5-056.29(043)

Самойлова Ірина,

доцент кафедри корекційної освіти та спеціальної психології, Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

м. Харків, Україна

ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

На сучасному етапі в Україні спостерігаються тенденції до збільшення числа дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату (ОРА). Збільшення кількості вихованців із порушеннями ОРА в закладах дошкільної освіти спонукали до пошуку можливостей, які дозволяли б надавати допомогу дітям вчасно й результативно. Проблеми з питань корекційно-розвиткової роботи дітей з порушеннями опорно-рухового апарату потребують розроблення індивідуальних освітніх програм, обґрунтування системи організації навчально-виховної роботи, розробки змісту, форм і методів, які мають відповідати рівню можливостей кожної дитини.

Аналізуючи стан проблеми психолого-педагогічної діагностики і корекції розвитку дітей, які мають порушення ОРА залишаються одними з найменш розроблених як в теоретичному, так і в практичному плані. Розробки потребують шляхи та способи психолого-педагогічної підтримки дітей даної категорії, організації спеціального навчання, особливо на початковому періоді.

Саме під час проведення корекційних занять починається процес соціалізації, установлюється взаємозв'язок дитини із провідними сферами буття, розпочинається її первісне становлення як особистості, формування основ самосвідомості. Усі ці процеси значно ускладнюються тоді, коли в дитини порушується процес мовленнєвого розвитку. Загальновідомо, що мовлення є визначним показником рівня інтелектуального й культурного розвитку людини, а правильне та грамотне мовлення дитини є показником її готовності до навчання у школі та успішного засвоєння навичок грамотного читання та письма.

У теперішній час проблемі розвитку системи комплексної корекційної-відновлювальної роботи дітей з порушеннями ОРА обумовлена не тільки гуманістичними тенденціями розвитку суспільства, але й збільшенням кількості дітей, з якими необхідно проводити корекційно-реабілітаційну роботу. У наукових працях вчених К. Семенова розкриваючи медичну та психолого-педагогічну реабілітацію дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату на момент пубертатного періоду більшість з них є особами з інвалідністю. Питання з корекції різних порушень функцій ОРА в дітей досліджували Д. К. Рісер, І. І. Кон, Є. С. Вільчковський, Р. Н. Бунятов, О. Ф. Каптелін, І. С. Красикова, Н. Т. Лебедева, М. Єфіменко та ін. Про

особливості окремих мовленнєвих і немовленнєвих форм пізнавальної діяльності дітей з церебральним паралічем досліджено у працях Л. Данилової.

А. Шевцов у своєму дослідженні розкриває ортопедагогічний підхід щодо корекційної роботи дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та визначає такі принципи:

- 1) визначення поліморфності клінічних проявів та складності патогенезу ОРА у площині етіопатогенетичного принципу соціальної реабілітації;
- 2) мультифакторність та особистісно-орієнтована спрямованість індивідуального комплексного корекційно-реабілітаційного впливу, що спрямоване на фізичне, психічне та соціальне здоров'я й розвиток дитини;
- 3) застосування відкритої особистісно орієнтованої діяльнісної моделі комплексного корекційно-реабілітаційного процесу, що складається з медичного, соціального, психолого-педагогічного та технічних чинників;
- 4) використання корекційно-реабілітаційних технологій (методика Марії Монтесорі, ігротерапія, методи лікувальної педагогіки; соціальна педіатрія; медико-соціальна спрямованість, артотерапія та ін.);
- 5) застосування методик спрямованих на формування усіх способів освоєння дитиною навколишнього світу;
- 6) діалектичність єдності та специфічності корекційно-реабілітаційних модальностей фахового впливу на розвиток дитини та мультидисциплінарність командної роботи педагогів і реабілітологів [5].

Загальновідомо, що різноманітні порушення мовлення присутні є у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, а їх своєчасне діагностування та корекція розвитку можливі за умови належного логопедичного супроводу батьків.

Активне засвоєння мовленнєвих навичок залежить від можливості їх у повсякденному житті, тому головним об'єктом логопедичного супроводу є дитина, а разом з нею у вирішенні питань з корекції є найближче оточення логопед, психолог, педагоги, родина, які допомагають дитини адаптуватись у соціумі. Отже, комплексний логопедичний супровід є неможливим без участі сім'ї.

Поняття логопедичний супровід у наукових дослідження В. Кисличенко визначає, як цілеспрямована, послідовна, неперервна дія у спеціально організованих умовах, відповідно до психофізичних особливостей кожної дитини. Саме логопедичний супровід дітей з порушеннями опорно-рухового апарату передбачає усвідомлення знань про періоди та особливості мовленнєвого розвитку дитини в онтогенезі, розвиток активізації мовленнєвого спілкування дітей, сформованість знань про прояви мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку з порушеннями ОРА, створення мотивації для участі в спільній з логопедом і фахівцями корекційно-розвиткової роботі з дітьми, Все це сприяє проведенню систематичної роботи за завданням логопеда, дотриманню однакових вимог і наступності логопедичного впливу.

Успіх логопедичного супроводу значною мірою залежить від тісного контакту педагогів із батьками, від єдності вимог, прийомів роботи з дітьми. Тісний взаємозв'язок фахівців та батьків здійснюється на всіх етапах роботи з дитиною, яку слід починати з первинного обстеження, результати якого повідомляються. Також родина постійно має інформацію про специфіку, зміст та результати корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату.

Для ефективної корекції дітей з порушеннями ОРА необхідно залучати батьків до участі у розробці індивідуального навчального плану є надзвичайно важливою. Батьки можуть надати інформацію про стан здоров'я, розвиток, інтереси, особливості поведінки дитини. Але на жаль є

випадки, коли батьки не хочуть брати участь у розробці індивідуального навчального плану. В будь-якому випадку батьків необхідно підтримувати та заохочувати до участі.

При проведенні занять з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату, батькам необхідно знати про необхідність правильної організації рухового режиму під час ігрової діяльності, навчальних занять та відпочинку. Тому важливо визначити правильну для дитини позу під час виконання діагностичних або навчальних завдань за столом або у самостійній ігровій діяльності.

У наукових дослідженнях В. Кисличенко вказує, що у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату мовленнєвий розвиток сповільнений. Перші слова з'являються у віці 1,5 - 2 роки. Фразове мовлення з'являється у 2 - 3 роки, а в деяких випадках - в 4. При цьому мовлення дітей залишається фонетично несформованим [3]. У структурі мовленнєвого дефекту провідною ланкою є мовнорухові розлади, які мають різний ступінь вираженості. У багатьох дітей з порушеннями опорно-рухового апарату вони поєднуються з затримкою домовленнєвого та мовленнєвого розвитку, внаслідок чого проявляється у вигляді різних мовленнєвих порушеннях.

Результатом логопедичного впливу є, активна участь батьків у подоланні мовленнєвих порушень корекційно-відновлювальному процесі. Тому від того наскільки батьки серйозно та відповідально ставляться до проблем своєї дитини і беруть активну участь у процесі подолання існуючих недоліків, то і результат буде очікуваним. Батьки повинні знати про те, що усі корекційні заняття з дитиною рекомендується проводити систематично, кожен день, щоб відпрацьовувані на логопедичних заняттях засвоєні навички правильної звуковимови закріплювались вдома і ставали стійкими.

Напрямки логопедичного супроводу сім'ї дитини з мовленнєвими порушеннями дає можливість здійснювати превентивну роботу з сім'єю та дитиною, що дозволяє вчасно реагувати на прояви порушень психофізичного розвитку, долати їх з максимальною ефективною. Основними складовими логопедичного супроводу сім'ї можна визначити: інформування, консультування та логопедичну допомогу.

Отже, при активній взаємодії батьків у навчально-виховному процесі найбільш важливою складовою логопедичного супроводу є єдина робота логопеда та батьків дитини, яку потрібно починати з раннього віку.

Таким чином можна вважати логопедичний супровід, як вагомий напрямок роботи з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату. Своєчасне проведення корекційної-логопедичної допомоги дітям зазначеної категорії сприяє розвитку особистості, інтеграції у суспільство на основі комплексного врахування їх психофізичних особливостей і пізнавальних можливостей.

Список використаних джерел:

1. Актуальні проблеми ортопедагогіки та ортопсихології: матер. першої всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми ортопедагогіки та ортопсихології». Київ: МП «Леся», 2012. 132 с.
2. Бошкова С.В. Використання хмаро орієнтованих технологій у системі логопедичного супроводу батьків, які виховують дітей із порушеннями мовлення. *Актуальні проблеми корекційної педагогіки, психології та реабілітації*: матер.ІІІ Всеукр. студ. конф. м. Суми: ФОП Цьома С.П., 2019. С. 91-94.
3. Кисличенко В.А. Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / В.А. Кисличенко. Київ. 2011. 20с.

4. Миронова С.П. Робота фахівців з сім'ями, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. вип. № 9.
5. Федорович Л. Формування правильної вимови у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку: методичні рекомендації та дидактичний матеріал для логопедів шкіл і дитячих садків. Кременчук: Християнська зоря, 2004. 348 с.
6. Шевцов А.Г. Апологія ортопед агогіки. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. вип. № 19. С. 209-215.

УДК 376-056.262

Сасіна Ірина,

доцент кафедри офтальмопедагогіки та офтальмопсихології, Національний педагогічного університету імені М.П. Драгоманова
м. Київ, Україна

Гребенюк Тетяна,

доцент кафедри офтальмопедагогіки та офтальмопсихології, Національний педагогічного університету імені М.П. Драгоманова
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ТИФЛОПЕДАГОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРНОМУ ЦЕНТРІ

Комплексна психолого-педагогічна оцінка розвитку дитини фахівцями інклюзивно-ресурсного центру проводиться з метою визначення особливих освітніх потреб та оптимального освітнього маршруту дитини з особливими освітніми потребами. Комплексна оцінка фахівцями ІРЦ проводиться індивідуально за такими напрямками: оцінка фізичного розвитку, мовленнєвого розвитку, когнітивної сфери, емоційно-вольової сфери та освітньої діяльності.

Як показує практика, оцінка вчителем-дефектологом (тифлопедагогом) освітньої діяльності дитини дошкільного віку з порушеннями зору під час комплексної оцінки в ІРЦ здійснюється відповідно до змісту Базового компоненту дошкільної освіти. У дітей дошкільного віку визначається сформованість знань, умінь і навичок інваріантної складової змісту дошкільної освіти, яка систематизована за освітніми лініями: «Особистість дитини», «Дитина в соціумі», «Дитина в природному довкіллі», «Дитина у світі культури», «Гра дитини», «Дитина в сенсорно-пізнавальному просторі», «Мовлення дитини». При цьому залишаються поза увагою фахівців такі важливі показники розвитку дитини з порушеннями зору, як індивідуальні особливостей пізнавальної діяльності, готовність до корекційного навчання, можливості корекції і компенсації зорової недостатності та інших порушень в розвитку. Адже саме їх вивчення дає можливість фахівцю ІРЦ надати дієві рекомендації для педагогів інклюзивних закладів освіти щодо необхідних напрямів корекційної роботи з дитиною, яка має порушення зору.

Вивчаючи індивідуальні особливості пізнавальної діяльності дитини з порушеннями зору важливо встановити як саме вона пізнає навколишній світ [2]. При цьому великого значення набуває виявлення умінь дитини користуватися своїм порушенням (залишковим – у незрячих) зором і рівня розвитку збережених аналізаторів (в першу чергу дотику і слуху). В процесі проведення обстеження тифлопедагог має можливість побачити труднощі, які виникають при оволодінні дитиною пізнавальною діяльністю, проаналізувати їх причини; виявити особливості поведінки дитини, її ставлення до запропонованих завдань, її працездатність.

Так, для дошкільників зі зниженим зором важливо провести вивчення стану зорового сприймання за різними діагностичними критеріями, серед яких можна виділити найголовніші: спосіб розглядання наочності; сприймання кольору та контрастна чутливість; сприймання деталей; візуальне розрізнення; сприймання двовимірних і тривимірних зображень; цілісність сприймання зображень; співвідношення частини і цілого; зорове сприймання просторових співвідношень; сприймання симетрії; навички зорово-моторної координації; сприймання фігури на тлі; інтерпретація сюжетних зображень.

На жаль, в Україні немає єдиного офіційно затвердженого діагностичного інструменту, яким могли б скористатися тифлопедагоги для визначення функціональних можливостей та ефективності зорового сприймання дітей з гостротою зору 0,4-0,05 [1]. Водночас існує низка закордонних методик дослідження функціонального стану збереженого зору, які можуть слугувати основою для підбору тифлопедагогами діагностичних завдань. Найвідомішими з них є наступні методики: шкала зорової ефективності Наталі Барраги (Natalie Barraga, Visual Efficiency Scale), тести фінського офтальмолога й тифлопедагога Д-ра Леа Хювярінен (Lea Hyyärinen, LEA Vision Test System), набір діагностичних інструментів In-Zight, розроблений фахівцями голландського центру Royal Visio, комплексний тест Marianne Frostig, науково-методичні розробки Г.Нікуліної та Л.Фомічової, Г.Рожкової та В.Токаревої, М.Безруких і Л.Морозової та інших.

Під час діагностичного обстеження незрячих дітей важливо встановити особливості їх дотикового сприймання: чи вміють обстежувати та впізнавати за допомогою дотикового сприймання знайомі об'єкти; як саме здійснюють дотикове обстеження предметів (пальцями, долонею, усією кистю руки); чи вміють активно і послідовно (зверху вниз) обстежують предмет двома руками; чи розрізняють ознаки предметів за фактурою (гладкість, шерхкість), формою (круглий квадратний), величиною (великий, маленький, більший, менший), температурними показниками (холодний, теплий) тощо; чи вміють визначати матеріал, з якого виготовлений предмет (дерево, метал, тканина, скло тощо); яким типом дотикового сприймання користуються при розгляді різних предметів: симетричних, кулястих, при обстеженні рослин, опудал тварин тощо [2].

Оскільки в компенсації порушень зору важливого значення набуває слухове та нюхове сприймання (І.О. Сасіна, Т.М. Костенко, Л.І. Солнцева, Є.П. Синьова та ін.), то в програму діагностичного обстеження слід включити і оцінку їх стану розвитку. Так, з метою діагностики слухового сприймання дітей з порушеннями зору слід підібрати завдання, які допоможуть встановити, чи користується дитина слуховим сприйманням в процесі просторового орієнтування; чи локалізує звук у просторі (дитина вказує напрямок звучання); чи локалізує силу звуку (визначає який звук сильніше, який слабше); чи вміє співвідносити звук із предметом, який видає цей звук (за звуком дитина повинна визначити який об'єкт видає даний звук (шум машини, голос тварини, впізнавання дій людини: закриває двері, пересуває стілець тощо). Для діагностики слухового сприймання слід підбирати звуки відповідно до життєвого досвіду дітей (добре знайомі). У свою чергу вивченню нюхового сприймання допоможуть

завдання на впізнання предметів за запахом; локалізацію запахів в просторі; локалізації запахів за силою; співвіднесення запаху і предмета, який цей запах видає.

У дошкільників з порушеннями зору орієнтування в просторі протікає інакше, ніж у їхніх однолітків зі збереженим зором (Л.І. Плаксіна, Л.І. Чопик та ін.). Для них це складна пізнавальна діяльність, що здійснюється в процесі взаємодії різних психічних функцій: сприймання, спостереження, впізнання предметів і явищ, відтворення наявних уявлень, мислення та ін.

Без достатнього рівня розвитку просторових уявлень і навичок просторового орієнтування дитині з порушеннями зору буде важко здійснювати навчання у закладі освіти серед зрячих однолітків, особливо на початковому етапі (організація діяльності на робочому місці і поведінка на занятті, пересування в групі, в приміщенні і т.д.). Тому своєчасна діагностика та проведення відповідної корекційної роботи із формування навичок просторового орієнтування є одним із важливих напрямів роботи із даною категорією дітей.

Під час виявлення рівня розвитку просторового орієнтування слід звернути увагу на наступні показники: готовність збережених сенсорних систем до сприймання ознак і властивостей предметного світу; орієнтування в схемі свого тіла (впізнання частин тіла, показ, називання, можливість виконувати завдання, які потребують використання просторових понять: від себе, зліва, справа, зверху, знизу, між, над, під, від предмета, далі, ближче, спереду, ззаду); орієнтування на робочій поверхні; сформованість уявлень про предмети, що заповнюють знайомий закритий простір (квартиру, школу, дитячий садок); орієнтування в знайомому приміщенні (предметна наповнюваність приміщення, просторове співвіднесення предметів); вміння орієнтуватись по словесній інструкції, по пам'яті; стан загальної моторики і сформованість правильної пози, ходи тощо.

Про сформованість навичок самообслуговування у дошкільника з порушеннями зору можна дізнатися спостерігаючи за ним під час різних видів діяльності, а також провівши бесіду із батьками (С.В. Федоренко [3]). При цьому встановлюється сформованість навичок особистої гігієни; одягання і роздягання; прийому їжі.

Якісний аналіз виконаних дитиною з порушеннями під час обстеження завдань дозволяє також визначити:

- чи приймає і розуміє дитина завдання, як відбувається аналіз умов завдання;
- які способи виконання завдання використовує дитина (хаотичні рухи та примірювання, цілеспрямовані проби, зорове орієнтування, практичне примірювання тощо); чи може самостійно знайти і використати допоміжні предмети для досягнення мети;
- навчаємість під час виконання завдання;
- відношення до результату діяльності тощо.

Таким чином, включення в програму діагностичного обстеження освітньої діяльності дитини з порушеннями зору тифлопедагогом таких складових як вивчення особливостей її пізнавальної діяльності (зорового, дотикового, слухового, нюхового сприймання), сформованості соціально-побутових навичок та навичок просторового орієнтування дозволить визначити не тільки «актуальний» рівень розвитку, але й потенційні можливості (зону ближнього розвитку). Це в свою чергу дає можливість створити індивідуальну корекційну програму для кожної дитини.

Список використаних джерел:

1. Інклюзивне навчання дітей з порушеннями зору: монографія / за ред.: Синьової Є.П., Рикова О.С. Київ : Кафедра, 2017. 320 с.

2. Сасіна І.О., Гребенюк Т.М. Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями зору в умовах інклюзивного навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. праць : вип. 9, у 2 т./ за ред.: В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2017. Т.2. С. 177-189.
3. Федоренко, С.В., Синьова, Є.П., Федоренко, І.В. (2016). Вивчення стану сформованості дій самообслуговування в молодших дошкільників зі зниженим зором. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*: зб. наук. праць. Вип. 7. Т. 1. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. 371-382.

УДК 159.923.2-053.66-056.29

Светлакова Ольга,
старший преподаватель кафедры специальной
педагогике Института инклюзивного
образования БГПУ,
(г. Минск, Республика Беларусь)

ДИНАМИКА ОБРАЗА Я ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Кардинальные изменения в сфере самосознания, как центральный психический процесс подросткового возраста, во многом определяют дальнейшее развитие личности индивида. Значимость подросткового возраста для формирования самосознания подчеркивалась многими авторами (Р. Бернс, Л.С. Выготский, А.В. Захарова, И.С. Кон, А.А. Реан, Е.Т. Соколова, И.И. Чеснокова и др.). Подросток с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата осознает свою особенность, оценивает свои возможности и ограничения [1]. Мы полагаем, что переживание собственных двигательных нарушений, особенно интенсивное в подростковом возрасте, не может не оказывать влияние на формирование Я-концепции в целом и образа Я как его когнитивной составляющей.

Особенности формирования образа Я в подростковом возрасте описаны в ряде исследований: А. А. Реан приводит данные о том, что количество осознаваемых старшим подростком качеств личности в два раза превышает их количество у младших школьников, при этом, по мере взросления, представления о себе становятся все более обобщенными [2]. Выявлена динамика структуры образа Я: в первой половине подросткового возраста значительное место занимают характеристики физического Я, наблюдаются интенсивные переживания по поводу своей внешности. В старшем подростковом возрасте на первый план выходят личностные качества, влияющие на успешность деятельности и отношения с окружающими [3].

Особенности формирования личности детей с детским церебральным параличом (далее – ДЦП) изучали М. В. Вагина, М. В. Ипполитова, Э. С. Калижнюк, Е. И. Кириченко, И. И. Мамайчук, Е. М. Мастюкова, Л. М. Шипицына, М. В. Шулаева и др. Ряд авторов проводили исследования особенностей компонентов образа Я и Я-концепции в целом у подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Г. В. Пятакова отмечает, что представления о себе у подростков с двигательными нарушениями являются упрощенными и малодифференцированными, описывает тенденцию роста негативных характеристик в

самоописаниях подростков с ДЦП по мере взросления [4]. И. Н. Тимофеева указывает на характерный для подростков с ДЦП конфликтный и неустойчивый образ Я [5].

Исходя из вышеизложенного, целью нашего эмпирического исследования стало изучение проблемы динамики формирования образа Я в подростковом возрасте при развитии, осложненном нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

В исследовании приняли участие 100 подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, из них 90 человек проходили реабилитацию в ГУ «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов», а 10 – обучались в УО «Осиповичская государственная специальная общеобразовательная школа-интернат для детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата», из них 52 мальчика и 48 девочек. Все подростки имеют сохранный интеллект, обучаются по программе общеобразовательной школы, имеют двигательные расстройства легкой или средней степени выраженности: передвигаются самостоятельно или с небольшой помощью, имеют относительно сохранную моторику верхних конечностей (могут писать самостоятельно).

В соответствии с периодизацией подросткового возраста, предложенной А. Е. Личко [6], подростки в возрасте от 12 до 17 лет, принявшие участие в исследовании, были распределены на три возрастные группы:

1. 12-13 лет – младший подростковый возраст (30 человек);
2. 14-15 лет – средний подростковый возраст (40 человек);
3. 16-17 лет – старший подростковый возраст (30 человек).

Нами использовалась методика «Коллекция детских утверждений» А. Джерсильда. Испытуемым предлагалось ответить на два вопроса: 1. Назови свои характеристики, качества, которые тебе нравятся; 2. Назови свои характеристики, качества, которые тебе не нравятся [7].

На первом этапе обработки полученных данных производился подсчет общего количества указанных характеристик, числа положительных и отрицательных характеристик по каждому испытуемому на всех исследуемых возрастных периодах.

Анализ средних значений (таблица 1) показывает, что на протяжении подросткового возраста наблюдается увеличение общего количества называемых характеристик. При этом средние показатели числа положительных характеристик увеличиваются только в первой половине подросткового возраста, тогда как количество отрицательных характеристик увеличивается на протяжении всего изучаемого периода.

Таблица 1. Описательная статистика (среднее \pm стандартное отклонение) объема образа Я подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в зависимости от возраста

Параметры	12-13 лет	14-15 лет	16-17 лет
Общая сумма характеристик	3,8 \pm 1,92	4,98 \pm 2,11	5,3 \pm 3,68
Сумма положительных характеристик	2,6 \pm 1,69	2,98 \pm 1,83	2,83 \pm 2,34
Сумма отрицательных характеристик	1,2 \pm 0,96	2,0 \pm 1,34	2,57 \pm 1,74

Необходимо отметить, что среднее количество положительных характеристик превышает средние показатели отрицательных на всех этапах подросткового возраста.

Для определения статистической значимости между показателями общего количества называемых характеристик у подростков трех выделенных возрастных групп использовался апостериорный критерий Дункана. Были выявлены отличия в количестве упоминаемых характеристик в зависимости от возраста ($p < 0,05$).

Таким образом, можно отметить, что у подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата по мере взросления происходит расширение представлений о себе, образ Я становится более дифференцированным. В целом представления о себе носят позитивную окраску, однако по мере взросления количество отрицательных самоописаний увеличивается, что свидетельствует о росте негативных переживаний и может привести к формированию заниженной самооценки.

Далее было подсчитано количество указанных характеристик отдельно для испытуемых мужского и женского пола и проведен анализ половых различий динамики образа Я подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Представленные в таблице 2 данные свидетельствуют о том, что в начале и в конце подросткового возраста общее количество называемых характеристик у девочек больше, чем у мальчиков, а в 14-15 лет наоборот, число упоминаемых характеристик образа Я у девочек меньше, чем у мальчиков.

Таблица 2. Описательная статистика (среднее \pm стандартное отклонение) объема образа Я подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в зависимости от возраста и пола

Параметры	12-13 лет		14-15 лет		16-17 лет	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
Общая сумма характеристик	4,1 \pm 1,98	3,5 \pm 1,88	4,6 \pm 1,84	5,4 \pm 2,30	6,4 \pm 4,17	4,1 \pm 2,77
Сумма положительных характеристик	2,7 \pm 1,71	2,5 \pm 1,73	2,5 \pm 1,24	3,5 \pm 2,21	3,27 \pm 3,01	2,3 \pm 1,49
Сумма отрицательных характеристик	1,3 \pm 1,05	1,1 \pm 0,88	2,1 \pm 1,34	1,9 \pm 1,36	3,2 \pm 1,61	1,9 \pm 1,64

Выявлены различия по полу в динамике объема образа Я у подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: если у девочек отмечается увеличение количества называемых характеристик на протяжении всего периода исследования, то у мальчиков в первой половине подросткового возраста количество упоминаемых характеристик увеличивается, а далее общее количество характеристик уменьшается.

Данные, полученные с помощью апостериорного критерия Дункана, свидетельствуют о наличии статистически значимых отличий ($p < 0,05$) в показателях общего количества упоминаемых характеристик у подростков разного пола на протяжении всего подросткового возраста.

Анализ половых различий динамики количества упоминаемых положительных и отрицательных характеристик показывает, что число положительных самоописаний у девочек с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата растет к концу подросткового возраста, а у мальчиков наблюдается сначала увеличение, а затем уменьшение количества называемых положительных характеристик. Также на протяжении всего подросткового возраста для девочек

характерна тенденция роста объема негативных характеристик, у мальчиков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата количество указываемых негативных характеристик возрастает только в первой половине подросткового возраста, затем остается стабильным.

Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии половых отличий в динамике образа Я: отмеченная в исследованиях, проводимых среди нормально развивающихся подростков, тенденция к интеграции представлений о себе [2], у девочек с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата выявлена раньше (14-15 лет), чем у мальчиков (16-17 лет). Для девочек-подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата характерны более интенсивные негативные переживания в процессе самопознания, что может оказывать существенное влияние на формирование качеств личности, процессы социализации, развитие самосознания в целом.

Проведенное нами экспериментальное исследование динамики образа Я подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата свидетельствует о том, что, по мере взросления, у указанной категории детей происходит расширение объема представлений о себе, образ Я становится более дифференцированным. На протяжении всего подросткового возраста образ Я в целом положительный, однако интенсивность негативных переживаний увеличивается по мере взросления. Имеются половые различия в структуре образа Я и его динамике у подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Список использованных источников:

1. Гребенникова, Е. В. Осознание и отношение к болезни подростков с ДЦП, имеющих разный уровень субъектности / Е. В. Гребенникова, О. В. Фирсова // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 6 (108). – С. 130 – 133.
2. Психология подростка. Полное руководство / Под общ. ред. А. А. Реана – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 432 с.
3. Кон, И. С. Психология ранней юности : Кн. для учителя / И. С. Кон. – М. : Просвещение, 1989. – 252 с.
4. Пятакова, Г. В. Клинико-психологическое изучение особенностей личности подростков с двигательными нарушениями различного генеза : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Г. В. Пятакова ; СПб. гос. ун-т. – СПб., 2000. – 18 с.
5. Тимофеева, И. В. Особенности самосознания подростков с детским церебральным параличом при различном восприятии семейной среды [Электронный ресурс] / Тимофеева И. В // Вестн. Сев. (Аркт.) федер. ун-та. – 2014. – № 3. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samosoznaniya-podrostkov-s-detskim-tserebralnym-paralichom-pri-razlichnom-voospriyatii-semeynoy-sredu>. – Дата доступа: 02.03.2021.
6. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия : (Руководство для врачей) / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
7. Талайко, С. В. Влияние кризиса идентичности на позитивный рост личности подростка / С. В. Талайко // Теоретические и прикладные аспекты кризисной психологии / Минск. : НИО, 2001. – 223 с.

Серпутько Ганна,

доцент кафедри офтальмопедагогіки та
офтальмопсихології, Національний
педагогічний університет імені М. П.
Драгоманова

(м. Київ, Україна)

Войтюк Юрій,

доцент кафедри офтальмопедагогіки та
офтальмопсихології, Національний
педагогічний університет імені М. П.
Драгоманова

(м. Київ, Україна)

ОСНОВИ ТИФЛОКОМЕНТУВАННЯ В ОСВІТІ ТА РОЗВИТКУ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Новим навчальним планом підготовки студентів спеціальності "Тифлопедагогіка" ступеня магістр передбачений навчальний курс "Технології тифлокоментування в освіті та розвитку осіб з порушеннями зору", що не випадково. Хоча світова практика демонструє досвід підготовки професійних тифлокоментаторів серед студентів-філологів, все ж таки фахівці-тифлопедагоги у своїй професійній діяльності найглибше відчують потреби у створенні якісних описових коментарів для дітей з порушеннями зору, тому саме вони мають володіти необхідними знаннями і вміннями. Зазначена дисципліна належить до дисциплін вільного вибору студента, і цього річ магістри вперше обрали цей курс для вивчення.

Передусім з'ясуємо термін "тифлокоментування", наведемо його синонімічний ряд та розкриємо питання, що ж, передусім, підлягає описові чи описовому коментуванню, а також розкриємо основні вимоги до підготовки описових коментарів для різних візуальних об'єктів.

Тифлокоментування (аудіодескрипція, звукоопис) забезпечує передачу візуального змісту аудіальним способом, передусім для людей з порушеннями зору [1, с. 9; 4, с. 27]. Описові підлягає все, що людина, через наявні в неї порушення зору, не може побачити, відчути, зрозуміти за допомогою збережених органів чуття (залишковий зір, слух, нюх, дотик), для забезпечення інформаційної доступності про візуальні об'єкти, процеси, явища навколишньої дійсності. А це не лише фільми, вистави чи твори мистецтва, це може бути маршрут до школи/дому, пейзаж навколо чи монументальні будівлі, пам'ятки архітектури, інтер'єр у кімнаті, будівлі, незнайомому приміщенні тощо.

Хоча технології тифлокоментування більше пов'язуються із кіно-, театральним чи образотворчим мистецтвом, музейною справою, але далеко не обмежуються цими сферами застосування. Чому ж окреслені сфери найбільше потребують тифлокоментування, аудіодескрипції чи звукоопису. Відповідь очевидна, бо вони є виключно або переважно візуальними і найменше доступними для повноцінного сприймання осіб з порушеннями зору.

Розглянемо, як створюються тифлокоментарі до фільмів в Україні. Процес починається з того, що спеціальна програма, написана українським науковцем зі Львова, кандидатом технічних наук Андрієм Демчуком, аналізує звукову доріжку з відеоряду. Таким чином, за спеціальними алгоритмами відшуковуються смислові паузи, які у подальшому заповнюються

тифлокоментарем [2, с. 147]. Дуже зручним у цій програмі є й те, що одразу можна аналізувати і звуковий, і відеоряд.

Окремо розглянемо таку сферу, як освіта, навчання і зрозуміємо, що тут знання і застосування описових технологій є не менш важливими.

Уже починаючи з раннього і дошкільного віку, незряча дитина чи дитина із порушеннями зору зустрічається із безліччю об'єктів у навколишній дійсності, які недоступні для її пізнання за допомогою збережених органів чуття. Така дитина, так само, як і зрячий малюк, потребує розвитку, тому ставить такі ж запитання: а що це?, яке воно?, як працює? тощо. І на ці запитання допитливого малюка змушені відповідати як батьки дитини, так і педагоги, а тому вони мають володіти особливостями підготовки та здійснення описів.

Під час навчання у дошкільному закладі вихователь і тифлопедагог ознайомлює дитину із навколишньою дійсністю, з усім, що її оточує, а це й те, до чого можна доторкнутися, що можна почути на слух і відчутти за запахом, а також й те, що потребує розгорнутого опису дорослого: природа навколо, об'єкти архітектури тощо. Якщо дітям із порушеннями зору не надавати такі описи, у них не сформується уявлення про навколишній світ або ці уявлення будуть викривленими, неадекватними, а також може гальмуватися розвиток мовлення та мисленнєвої сфери. Потреба у підготовці педагогами описових коментарів не вичерпується здобуттям дитиною дошкільної освіти, а залишається актуальною протягом усього періоду навчання дитини в школі.

Якщо дитина потрапляє до масового загальноосвітнього закладу, то описові педагогів підлягає все, що написано на дошці, все, що демонструється на уроці і недоступне для сприймання учня із порушеннями зору. У спеціальній школі чи в ході навчання за інклюзивною формою, окрім розгорнутих описів на загальноосвітніх уроках, такі описи широко застосовуються й під час проведення корекційних занять, наприклад, під час вивчення розділів і тем: "Харчування", "Приготування їжі", "Житло", "Одяг і взуття", під час вивчення нових маршрутів у ході занять з просторового орієнтування тощо.

На загальноосвітніх заняттях з краєзнавства, під час уроків літературного читання, історії, мистецтвознавства зазвичай демонструються дидактичні фільми, передачі, приклади творів мистецтва, архітектури, портрети письменників, художників, проводяться екскурсії, що можуть бути недоступними або лише частково доступними для незрячих дітей та дітей зі зниженим зором. Тоді успіх пізнання дитини може залежати лише від підготовки і залучення розгорнутих описів, доступних для сприймання цими учнями.

І не лише під час безпосереднього навчання у школі незрячі учні та діти зі зниженим зором потребують докладних описів дорослих, але й під час відпочинку на природі з батьками і друзями, під час подорожей, відвідування кіно, театрів, музеїв, інших пізнавально-розважальних заходів. Оскільки саме майстерні описи надають цим людям інформацію, що не може бути сприйнята і пізнана за допомогою лише збережених органів чуття. Тобто, саме за допомогою таких описів людина із порушеннями зору може повноцінно пізнавати і сприймати багатогранність світу, жити активним, насиченим життям. Наприклад, можна уявити прогулянку незрячої людини зі зрячим другом на велотандемі, де зрячий, що сидить попереду, може описувати красу пейзажів, місцин, а незряча людина відчуває навколишні звуки, зміну запахів у насиченні повітря. І все це на швидкості складається у цілісну картинку, наповнюючи світ незрячої людини!..

Тезово сформулюємо основні вимоги до підготовки описових коментарів.

Що слід пам'ятати і яких правил дотримуватися під час створення описових коментарів до різних візуальних чи відеооб'єктів?

1. Перед описом візуального об'єкта необхідно обов'язково ретельно переглянути описуване відео/фото, зібрати необхідну інформацію про нього.

2. Важливим є уникання суб'єктивних описів. Описовий коментар повинен бути об'єктивним, точно описувати зміст зображеного, не бажано виявляти своїх переконань чи оцінок.

3. Вибір найважливішого і необхідного для розуміння змісту описового матеріалу.

4. Описувати слід від загального до конкретного [3, с. 71]:

А. Під час опису картин слід спочатку давати збалансовану інформацію про художника, стиль мистецтва, рік написання тощо (але не захоплюватися цим, бо найважливішим є опис об'єкта) з поступовим переходом до більш докладного опису зображеного.

Б. Так само опис архітектурного об'єкта, пам'ятки розпочинається із зазначення скульптора, архітектора, архітектурного стилю, епохи, століття, року створення, місця розташування, із переходом до загальних розмірів об'єкта та опису архітектурних рис.

В. Наприклад, опис портретів письменників, художників розпочинається з того, чим видатна ця особистість.

Г. Опис панорамних фото розпочинається із фону зображення, з переходом до того, що видніється, більш конкретне описується докладніше, ніж загальне. Описується, скільки людей, що кожен з них робить, у що одягнений, загальна вікова приналежність (молодий хлопець), загальні риси обличчя.

Д. Тифлокоментар до фільмів розпочинається із коментування титрів і закінчується також титрами. У фільмі динамічно описується все, що відбувається в кадрі (обстановка, хто що робить..), зміна кадрів.

5. Описуючи зображені об'єкти, слід зазначати їх розміри, віддаленість від інших об'єктів, варто порівнювати їх розміри відповідно до середнього зросту людини.

Формування культури створення аудіодескрипції у різних сферах життя в Україні та світі загалом відкриває широкі пізнавально-інформаційні можливості для людей з порушеннями зору. На наше переконання, це один з вагомих компонентів у розбудові інклюзивного суспільства.

Список використаних джерел:

1. Войтюк Ю. О., Січкаренко Ю. О. Тифлокоментування (аудіодескрипція) в Україні – витоки і перспективи. Науковий вісник Східно-Європейського національного університету імені Лесі Українки. Серія Педагогічні науки. ІХ Міжнародна науково-практична конференція "Сучасний світ і незрячі: соціальна інтеграція осіб з інвалідністю як категоричний імператив гуманізації українського суспільства". С. 9-12.
2. Демчук А. Б. Відеоконтент для незрячих : метод тифлокоментування. *Прогресивні інформаційні технології*. Львівська політехніка, 2014. №1. С. 145-149.
3. Серпутько Г. П., Красько О. Б. Взаємодія тифлопедагога, вихователя і батьків в ознайомленні дітей з порушеннями зору зі світом тварин. Науково-практичний журнал "Теорія і практика тифлопедагогіки" : Інформаційний бюлетень ВГО "АТПУ".2020. № № 22-23. С. 67-75.
4. Потимко О. З., Бонковська О. Б. Аудіодескрипція в Україні : методика коментування творів мистецтва : методичний посібник. Львів, 2017. 60 с.

Скачкова Юлія,
вчитель-логопед, Молочанська спеціальна
загальноосвітня школа-інтернат ЗОР
м.Молочанськ, Україна

СУ-ДЖОК ТЕРАПІЯ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВАМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Розум дитини знаходиться на кінчиках її пальців.

В. Сухомлинський

Один із методів, який ми використовуємо в нашому дитячому садку - Су - джок терапія - це передова технологія сучасної медицини. Вона увібрала в себе весь попередній багатотисячолітній досвід розвитку східної медицини. Найважливіше в методі - принцип подібності кисті людському тілу. Відомо, що на поверхні кистей і стоп людини розташована система біологічно активних точок, стан яких відображає стан органів і частин тіла людини. На кистях рук і стопах ніг розташовуються точки відповідності всім органам і ділянкам тіла.

Якщо якийсь орган перейшов в хворобливий стан, то відповідна йому біологічно активна точка стає болючою. Щоб вилікувати орган, цю точку стимулюють за певною програмою. Результат лікування виникає через кілька хвилин, а іноді і секунд. Зазвичай лікування методом су-джок терапії йде швидко і ніколи не супроводжується небажаними побічними ефектами. Система су-джок була винайдена і розроблена в деталях однією особою - видатним вченим професором Пак Чже Ву з Сеульського національного університету. Індія - батьківщина чакр, тому тріначальна філософія Су-джок була відразу сприйнята індусами, вона їм дуже близька по духу. Центр Міжнародної Асоціації Су-джок ISA перемістився в Індію. Зараз цей рух активно розвивається по всьому світу. За допомогою методів Су-джок терапії були успішно вилікувані багато хвороб. Ось перелік лише деяких з них: аденома гіпофіза, вірусний гепатит С, грижі, дитячий церебральний параліч, ішемічна хвороба серця, мігрень, наркоманія, пухлини, ГРЗ, паралічі, вади серця, розсіяний склероз, страхи, виразкова хвороба і багато іншого. Прийоми Су-Джок терапії широко використовуються вихователями і фахівцями в якості масажу для розвитку дрібної моторики пальців рук, а так само з метою загального зміцнення організму, для розвитку мови і пізнавальних процесів. Цей метод простий і доступний, а найголовніше дуже цікавий дітям. Ми використовуємо Су- Джок - масажери у вигляді кульок з гострими шипами (дві з'єднані півсфери) та масажними металевими кільцями, які знаходяться всередині кульки. Якщо покатати таку кульку між долонями, можна відчути прилив тепла і легке поколювання.

Переваги Су - Джок:

- Висока ефективність - при правильному застосуванні настає виражений ефект.
- Абсолютна безпека - неправильне застосування ніколи не завдає шкоди - це просто не ефективно.
- Універсальність - Су-Джок терапію можуть використовувати і педагоги в своїй роботі, і батьки в домашніх умовах.

Прийоми Су - Джок терапії:

Масаж спеціальним кулькою.

Масаж еластичним кільцем.

Масаж стоп.

Ручний масаж кистей і пальців рук.

Дуже корисний і ефективний масаж пальців і нігтьових пластин кистей.

Систематично виконуючи пальчиками різні вправи, діти досягають гарного розвитку дрібної моторики рук, яка надає сприятливий вплив на розвиток мови. Тому потрібно якомога ширше використовувати різноманітні ігри та вправи, спрямовані на формування тонких рухів пальців рук.

На кожному пальці кистей і стоп розташовуються трирівневі стандартні системи відповідності тілу (системи «комахи»), що є результатом подібності тричленого будови тіла, рук, ніг і пальців. У стандартних системах відповідності тілу на пальцях дистальна фаланга відповідає голові, середня - грудній клітці, проксимальна - черевній порожнині. Проекції рук і ніг розташовуються уздовж кордонів Інь / Ян пальців. Кожна система відповідності розташовується симетрично щодо центральної осі симетрії тієї частини тіла, на якій вона знаходиться. Будучи відображеними в системі відповідності, тіло, а також його окремі частини зберігають пропорції своїх розмірів. З іншого боку, кожна частина тіла або орган містить одночасно безліч систем відповідності, сформованих на основі горизонтальних і вертикальних взаємодій. Системи відповідності, розташовані на парних частинах тіла, діляться на індивідуальні і об'єднані. В індивідуальних системах відповідності кожна з парних частин тіла (кисть, стопа, вушна раковина, рука, нога, палець і ін.) Містить власну систему відповідності тілу, його частини або внутрішнього органу. В об'єднаних системах відповідності дві парні структури, складені разом, містять відповідність тілу (частини тіла, внутрішнього органу). По розташуванню в тілі всі системи відповідності можуть бути розділені на зовнішні і внутрішні.

Основним критерієм ефективності систем відповідності, що використовуються в практиці лікування хвороб, є ступінь їх подібності ураженої ділянки тіла або самому тілу. Структурна подібність, що є результатом присутності загальних Гомо-факторів, свідчить про наявність глибоких внутрішніх інформаційно-енергетичних зв'язків.

Су Джок акупунктура має різноманітні методи лікування захворювань. Найпростіший метод, доступний навіть дітям дошкільного віку, полягає в зображенні на подушечці великого пальця кисті здорового усміхненого обличчя. На кисті знаходимо відповідність організму людини, великий палець - голова. В цю мить кисть перетворюється в пульт управління організмом. Візьміть ручку або фломастер і намалюйте обличчя з посмішкою. Це потрібно робити щодня. Су Джок акупунктура спрямована на активізацію зон кори головного мозку з метою профілактики та корекції порушень дрібної моторики рук, оскільки стимуляція біоенергетичних точок сприяє дозріванню нервових клітин і їх активного функціонування.

Виявляючи жвавий інтерес до занять з тренажерами, дитина розвиває не тільки пальчикову моторику, спритність і координацію рухів, але і активізує словник, розвиває почуття ритму. Важливим є і настрій позитивного емоційного фону заняття. Даний вид роботи може бути застосований як елемент заняття (фронтального, підгрупового або індивідуального), як пальчикова гра або в самостійної діяльності дітей, наприклад самомасаж, пальчикові доріжки. Головні переваги використання масажерів Су Джок для самомасажу рук такі: безпека використання; самомасаж можна проводити як індивідуально, так і з групою дітей; можна, можливо використовувати багаторазово протягом дня, включаючи самомасаж в різні режимні моменти в умовах ЗДО; забезпечується тактильна стимуляція в певному ритмі, що сприяє формуванню почуття ритму. У корекційно - логопедичній роботі прийоми Су Джок активно використовуються в якості масажу при дизартрических розладах, для розвитку дрібної моторики пальців рук, а так само з метою загального зміцнення організму.

Загальна ефективність лікування методом Оннурі Су Джок терапії склала 85,2%. У пацієнтів з найбільш поширеними захворюваннями опорно-рухового апарату і периферичної нервової системи (нейровертеброгенне захворювання) гострий больовий синдром купіровалася повністю за 1 - 4 сеанси, повна ремісія спостерігалася в 79 - 82% випадків після 10 сеансів .

Таким чином, Су Джок акупунктура є одним з ефективних прийомів, що забезпечують розвиток пізнавальної, емоційно-вольової сфер дітей з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел:

- 1.Акименко В.М. Нові логопедичні технології: навчально-методичний посібник.-Ростов н/Д:Фенікс, 2009
- 2.З.Д.Денега Су-Джок терапія в роботі вчителя-логопеда //Логопед.-2016.
- 3.Ю.А.Романова, О.В. Христоєва Су-Джок терапія-нетрадиційні методи логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку//Логопед.-2017.
- 4.Е. ЮФФЕ. БЛОРУСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУ ДЖОК ТЕРАПІЇ // ОННУРІ МЕДИЦИНА, 1999, № 3. ПАК ЧЖЕ ВУ. ОСНОВИ СУ ДЖОК ТЕРАПІЇ. М., «СУ ДЖОК АКАДЕМІЯ», 1999.

УДК 159.922.76:364.622-053.3

Скляньська Ольга,

канд. психол. наук, доцент кафедри психології
Університету митної справи та фінансів, практичний
психолог КЗО «Дніпропетровський обласний
методичний ресурсний центр» ДОР»
м. Дніпро, Україна

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ПРОГРАМ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ ТА ЇХ РОДИН

Метою даної публікації є привернення уваги фахівців до такого психологічного аспекту програм реабілітації для дітей раннього віку та їх родин як формування якісної соціальної взаємодії дитини з близьким дорослим.

Надзвичайно важлива роль якості взаємодії з дорослим для розвитку дитини раннього віку зазначена багатьма вченими-психологами. Загальноприйнятим наразі є положення, висловлене Д. Віннікотом про те, що немовля неможливо розглядати окремо від матері [2], психологами широко використовується теорія прив'язаності Дж. Боулбі [1]. Одним з вагомих теоретичних положень, розроблених Л. Виготським, є утвердження провідної ролі соціального оточення як джерела розвитку дитини в ранньому віці (Л. Виготський, О. Леонтьєв, О. Лурія, Л. Божович, О. Запорожець та ін.). Поняття соціальної ситуації розвитку, провідної діяльності, центральних новоутворень та вікової нормативної кризи (Л. Виготський, О. Леонтьєв, Д. Ельконін та ін.) формують уявлення про процеси психічного розвитку як в ситуації нормативного розвитку так і в умовах порушень [3, 4, 9]. Розуміння значення спілкування з дорослим для розвитку маленької дитини поглиблює концепція формування особистості в спілкуванні, розроблена М. Лісіною, [5]. Згідно з цією концепцією розвиток психіки дитини відбувається у спілкуванні з дорослим, і саме спілкування з дорослим є специфічною для дитини діяльністю.

Позитивною, або ж якісною взаємодією дорослого та дитини раннього віку вважається така взаємодія, яка протікає на фоні позитивних емоцій дорослого та дитини, сприяє активності

дитини та формуванню психічних новоутворень, створює стабільний ґрунт для формування безпечної прихильності, призводить до формування підтримуючих дитячо-батьківських стосунків, в яких відбувається передача культурно-історичного досвіду. Характеристики якісної взаємодії в діаді із дитиною раннього віку визначаються в літературі через наступні терміни: синхронність, взаємність, спільні зміни поведінки, дитячо-батьківське врівноваження одне одного, налаштованість одне на одного [8].

Вченими (М. Ейнсворт, М. Ланцбург, М. Лісіна, О. Смірнова, Г. Філіппова та ін.) визначено, що дії дорослого під час взаємодії з дитиною є ключовими чинниками психосоціального розвитку дитини в цьому віці. Саме від здатності дорослого до вияву сенситивності й респонсивності до дій дитини, здатності організувати простір навколо дитини відповідно до потреб її розвитку, спроможності підтримувати прояви автономії дитини, адекватно і ефективно впливати на неї – залежать усталені особливості їхньої взаємодії. Відтак, роль близького дорослого в розвитку дитини раннього віку є основоположною.

Результатом і умовою успішної соціальної взаємодії дорослого із дитиною раннього віку є досягнення стійкої взаємної спрямованості та поява нового системного утворення – діади «мати - дитина», що розглядається як цілісна система, відмінна від простої суми її складових. Зазначимо, що провідною формою спілкування в діаді є емоційний контакт. Важливими характеристиками діади є системний характер стосунків в діаді та стадіальний розвиток дідичних стосунків, на чому збігаються судження представників різних теоретичних підходів до вивчення раннього розвитку особистості (Р. Спітц, Дж. Мід, К. Левін та ін.).

Науковцями достатньо широко вивчені індивідуальні характеристики та поведінкові прояви дорослого та дитини як окремих суб'єктів взаємодії, в тому числі дітей з порушеннями розвитку. Дослідження свідчать, що процес формування соціальної взаємодії на рівні діади між дитиною раннього віку та близьким дорослим при порушеннях розвитку дитини ускладнюється цілою низкою чинників.

Зокрема порушення моторних функцій, що виражається у труднощах контролю над власним тілом та переміщенням (М. Горват, А. Кравцова, К. Крніч, Н. Міхановська, Т. Філд та ін.), створює істотні труднощі для дорослого в розумінні та інтерпретації виразних рухів та локомоцій дитини; порушення функцій харчування обмежує або виключає взаємодію з дорослим під час грудного вигодовування (Р. Давіла-Торес, Е. Колон, М. Уайт та ін.); порушення сенсорних функцій орієнтування в просторі обмежує здатність дитини концентруватись на діях дорослого та відгукуватись на них адекватним чином. (Е. Горман, К. Данст, А. Запорожець, А. Ледерберг, К. Мидоу-Орланс, Д. Мертенс, М. Сасс-Лерье, та ін.).

До психологічних чинників можна віднести порушення емоційної сфери, що характеризуються слабкими, відтермінованими або нетиповими емоційними реакціями дітей (М. Вон, Д. Голдберг, Р. Томпсон та ін.), порушення вольової сфери, що пов'язане з уповільненим розвитком у дитини здатності до саморегуляції поведінкових проявів (К. Барнард, Л. Беквіт, Дж. Келлі та ін.), порушення когнітивної сфери, що характеризуються уповільненою обробкою інформації (В. Лубовський, Дж. Бергер, К. Канінгем та ін.), комунікативної сфери, що виражається у порушенні черговості висловлювань, обмеженні голосових реакцій та реакції на мовлення дорослого, обмеженні мовленнєвих засобів (С. Декерс, А. Мастерджордж, М. Мастроджузепе, С. Паріх та ін.).

Серед соціальних чинників, що ускладнюють формування соціальної взаємодії малюка із порушеннями розвитку з близьким дорослим, виділяють дефіцит підтримки інституціональними закладами родин з дітьми з порушеннями розвитку (І. Виродова, І. Гладченко, Н. Дишлова, Р. Мухамедрахімов, О. Пальмов та ін.), труднощі соціальної адаптації батьків з урахуванням потреб

догляду за дитиною, і, відповідно, перебування батьків в перманентному стресовому стані (А. Душка, А. Кравцова, Г. Кукуруза, О. Царькова, Б. Хьюджес та ін.). Науковці обґрунтовано пов'язують вказані труднощі із неспроможністю дорослого створити середовище розвитку для дитини з труднощами (Р. Гаузер-Крам, К. Данст, Л. Зампіні, Т. Кудріна, А. Кравцова, Д. Мітчелл, Т. Філд та ін.).

Таким чином формування якісної соціальної взаємодії дитини з дорослим постає одним із центральних завдань та складає психологічний аспект будь-якої реабілітаційної або корекційно-розвиткової програми для дитини раннього віку та її родини. При цьому професійні зусилля фахівців можуть бути спрямовані як на формування якісної і гармонійної взаємодії дитини з близьким дорослим (матір'ю або іншим опікуном), так і на узгодження та оптимізацію взаємодії дитини і фахівця.

В ході дисертаційного дослідження на тему «Формування соціальної взаємодії дітей раннього віку з порушеннями розвитку із близьким дорослим» нами було розроблено структурно-динамічну модель формування соціальної взаємодії дітей раннього віку з близьким дорослим, що містить такі складові як: суб'єкти взаємодії (дитина, дорослий); компоненти соціальної взаємодії (зміст яких розкрито залежно від суб'єкта взаємодії); рівні соціальної взаємодії (рівень циклічних причинно-наслідкових соціальних дій, рівень діади «дитина-дорослий», рівень дитячо-батьківських стосунків [8]). Структурно-динамічна модель була покладена в основу розробки авторської методики діагностики соціальної взаємодії та програми формування соціальної взаємодії в діаді «дитина раннього віку з порушеннями розвитку – близький дорослий».

Метою програми формування соціальної взаємодії визначено формування діадичних характеристик соціальної взаємодії між дитиною з порушеннями розвитку раннього віку та близьким дорослим, а саме узгодженості, діалогічності та взаємності у взаємодії.

Досягнення мети здійснювалось за рахунок вирішення наступних завдань:

- підтримка ефективних способів взаємодії дорослого з дитиною;
- навчання дорослих спостереженню та аналізу поведінки дитини;
- розширення репертуару емоційних проявів дорослого;
- посилення здатності дорослого до підлаштування під можливості дитини.

В структурі програми виділено діагностичний, формувальний та моніторинговий етапи. Так, в рамках діагностичного етапу здійснювалась оцінка рівня розвитку дитини, пояснювалась поінформованість батьків про стан та можливості дитини, визначався запит батьків, досліджувались особливості компонентів соціальної взаємодії та сформованість діадичних характеристик взаємодії. Відповідно, на формувальному етапі за допомогою інформування, аналізу відеозаписів та інтерпретації поведінки дитини, відеотренінгу, психокорекційних вправ та інших активних методів навчання вирішувалися основні завдання програми. Моніторинговий етап дозволяв визначити наявність змін в структурі та якості соціальної взаємодії дитини з близьким дорослим а також динаміки в загальному розвитку дитини.

Апробація Програми на базі центрів раннього втручання міст Дніпро, Кам'янське, Нікополь, Кривий Ріг довела ефективність застосування програми для забезпечення позитивної прогресивної динаміки у стані сформованості структурних компонентів та діадичних характеристик соціальної взаємодії дітей другого року життя та їх батьків. Крім цілком очікуваних змін в структурі соціальної взаємодії в результаті формувального експерименту було з'ясовано позитивну динаміку в загальному розвитку дітей а також підвищення суб'єктивної оцінки батьками рівня якості життя родини.

Отримані результати на нашу думку свідчать про те, що спеціально організований вплив на формування компонентів та діадичних характеристик соціальної взаємодії забезпечує умови для

оптимізації розвитку дитини та підвищення якості життя родини в цілому. Отже ми вважаємо доцільним включати в корекційно-розвиткові та реабілітаційні програми для дітей раннього віку із порушеннями розвитку завдання щодо формування соціальної взаємодії дитини із близьким дорослим а також звернути увагу на психологічний аспект взаємодії фахівця із дитиною та її матір'ю (або іншим вихователем) як системою.

Список використаних джерел:

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М: Академический Проект. 2004. 232 с.
2. Винникот Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Екатеринбург: Литур, 2004. 400 с.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 4. Детская психология/ Под ред. Д. Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
4. Леонтьев А. Н. К теории развития психики ребенка. Хрестоматия по детской психологии. Москва: ИПП, 1996. С. 20–27.
5. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. СПб: Питер, 2009. 320 с.
6. Склянська О. В. Соціальна взаємодія дитини першого року життя: підходи до вивчення, параметри оцінки та особливості порушень у немовлят групи ризику. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2017. №3. С. 215–220.
7. Склянська О. В. Соціальна взаємодія дитини раннього віку з близьким дорослим в контексті ранньої психолого-педагогічної допомоги. Особлива дитина: навчання і виховання. 2017. №3. С. 69–78.
8. Склянська О.В. Формування соціальної взаємодії дітей раннього віку з порушеннями розвитку із близьким дорослим: дис. канд. психол. наук: 19.00.08 «спеціальна психологія». Київ, 2019. 206 с.
9. Эльконин Д.Б. Детская психология Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2007. 384 с.
10. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития; под ред. Р. Ж. Мухамедрахимова. СПб.: Изд-во С.Петербур. ун-та, 2008. 310 с.

УДК 796.011.1-053.4

Солтис Оксана,
інструктор з фізичного виховання,
Заклад дошкільної освіти
Науковий керівник: Єфіменко М.
м. Одеса, Україна

ФІЗКУЛЬТУРНА КОРЕКЦІЙНА КАЗКА - ЯК ОСНОВНА ФОРМА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Ключові слова: казкова фізкультура; тотальний ігровий метод; природовідповідність; соціалізація; психофізичний розвиток; порушення ОРА дошкільників.

Анотація: У статті розглядається значення використання казки на заняттях з фізичного виховання, як засіб розвитку, оздоровлення та соціалізації дітей дошкільного віку в нормі та з певними руховими порушеннями. Було проаналізовано та систематизовано інформацію щодо

вирішення проблем опорно-рухового апарату під час фізичного виховання дітей дошкільного віку. Визначено можливості практичного використання різних альтернативних підходів фізичного виховання дошкільників для власної науково-дослідної діяльності.

Мета дослідження. На основі опрацювання теоретико-педагогічних розробок професора Єфименка М. М. визначити та систематизувати основні напрями фізичного розвитку дітей дошкільного віку в нормі та з особливими освітніми потребами, охарактеризувати значення казки у фізичному вихованні дошкільників. Висвітлити способи подолання проблеми соціалізації дітей дошкільного віку з певними особливостями, засобом казки під час занять з фізичного виховання за технологією М. М. Єфименка.

Завдання дослідження.

1. Описати значення казки у фізичному вихованні дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

2. Проаналізувати літературні джерела Єфименка М. М., присвячені тотальному ігровому методі та театралізації корекційно спрямованого фізичного виховання дітей.

2. Визначити основні методичні позиції системи «казкового» фізичного виховання дошкільників із порушеннями опорно-рухового апарату.

Актуальність теми. Однією з головних проблем фізичного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату є проблема мотивації їхньої рухово-ігрової діяльності. Цю проблему у дітей дошкільного віку можна вирішити лише застосовуючи тотальний ігровий метод, своєрідну театралізацію корекційного процесу, коли звичайне заняття з фізичної культури завдяки педагогу перетворюється на фізкультурну казку.

Дослідження підтверджують, якщо в основу занять із фізичного виховання покладено фізкультурну казку, вона поліпшує більшість фізкультурно-оздоровчих потреб, тренує тіло, розвиває інтелект і формує у дітей необхідні духовні якості й високу ігрову мотивацію на позитивному емоційному тлі.

Враховуючи те, що ми маємо справу із дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату, ця казка має бути корекційно спрямованою, що дозволить на тлі позитивних емоцій вирішувати необхідні педагогічні завдання. В цьому плані мову слід вести про фізкультурну корекційну казку як нову і найбільш ефективну форму фізичного виховання зазначеної категорії дітей. Викладене вище зумовило актуальність нашого аналітичного дослідження.

Виклад основного матеріалу дослідження. Основна ціль пропонованої театралізованої системи фізичного виховання за технологією М. М. Єфименка, максимально спрямована на подолання у дошкільників порушень ОРА засобами фізичного виховання в контексті їх подальшої успішної соціальної адаптації в реальних умовах життя.

Такий підхід до фізичного виховання дає можливість вирішувати питання подолання порушень опорно-рухового апарату дошкільників, морально-етичних норм та правил поведінки, які закладаються в дитині завдяки соціалізуючому впливу казки на особистість дошкільника. Розкриваються особливості соціальної адаптації до умов адаптації в суспільстві. Дошкільники отримують навички володіти основними нормами поведінки в соціумі. У процесі становлення особистості дитини формуються почуття власної гідності, справедливості, небайдужості до навколишнього середовища, соціальна роль, індивідуальність, покращується психічний та емоційний стан, відбувається гармонійний розвиток.

Технологія М. М. Єфименка «Театр фізичного виховання й оздоровлення дітей дошкільного віку в нормі та з особливими можливостями здоров'я» у порівнянні з існуючими традиційними технологіями фізичного розвитку дошкільників доводить, що такі заняття у

закладі дошкільної освіти створюють умови для соціальної взаємодії з однолітками, виховання, навчання, інтелектуального, психофізичного та всебічного розвитку дітей дошкільного віку.

Казка – один із прийомів тотального ігрового методу фізичного виховання, пропонує у авторській технології. Фізкультурна казка – Корекційна казка – Терапевтична казка – Лікувальна казка – Оздоровча казка: це різні форми казкотерапії, за допомогою якої у дітей прищеплюються навички суспільної поведінки, відбувається соціальна адаптованість та соціальна активність в суспільстві, формуються морально-етичні та загальнолюдські цінності, почуття власної гідності, справедливості, небайдужості до навколишнього середовища, соціальна роль, індивідуальність, покращується психічний та емоційний стан, відбувається гармонійний розвиток, процес становлення особистості дитини, розвивається самостійність, дисциплінованість і має велике значення у роботі з дітьми, які мають порушення ОРА.

Упродовж перших семи років життя у дітей формуються рухові навички, закладаються основи здоров'я, всебічної рухової підготовленості, створюються вирішальні передумови всебічного розвитку особистості. В цей період дуже важливо створити такі рухово-ігрові умови повсякденної діяльності дитини, які дадуть їй змогу максимально швидко й ефективно розвиватися як особистості. Реалізації цих вимог сприяє альтернативна авторська технологія М. М. Єфименка «Театр фізичного виховання й оздоровлення дітей дошкільного віку в нормі та з обмеженими можливостями здоров'я».

Провідне авторське кредо засновника технології – **«Граючи – оздоровлювати, граючи – виховувати, граючи – розвивати, граючи – навчати, граючи – коригувати!»**.

Корекційно – розвивальна спрямованість рухової реабілітації дітей з порушеннями ОРА повинна бути представлена спеціально організованою системою фізичного виховання з метою подолання таких типів рухових порушень:

1. Церебральний (черепно-мозковий).
2. Цервікальний (шийний).
3. Люмбальний (поясничний).
4. Змішаний тип (церебрально-цервікальний, цервікально-люмбальний, церебрально-цервікально-люмбальний та ін.).

Технологія М. М. Єфименка сприяє розв'язанню низки завдань психофізичного розвитку дошкільників під час занять казкової фізкультури.

Поширюючи **тотальний ігровий метод** на дошкільну педагогіку, автор технології стверджує, що педагог повинен грати з дітьми з першої хвилини заняття і до останньої – його парціальна програма **«Казкова фізкультура»** передбачає для педагога такі можливості всебічного, фізичного та психічного розвитку дітей на основі домінантної рухово-ігрової діяльності.

Заняття, які проводяться в ігровому стилі, дають можливість подорожувати країнами казок, допомагати казковим героям долати безліч перешкод, разом з ними вирішувати різноманітні завдання, навчатися самому і навчати персонажів необхідним у житті речам. Такий підхід до фізичного виховання має позитивний вплив на розвиток психічних процесів і властивостей особистості, їх динаміки, структури і змісту.

Загальновідомо, що успіхи у психічному розвитку дитини спираються на її фізичне здоров'я, яке забезпечує активність малюка, його інтерес до оточуючого середовища. Хвора дитина квола, байдуже сприймає дорослих та іграшки, не прагне самостійно пересуватись, брати різні предмети та маніпулювати ними. Першим свідченням пізнавального ставлення дитини до оточуючого є її орієнтувальні реакції, які стимулюють розвиток сенсомоторних потреб у рухах і враженнях. Сенсорні та рухові потреби тісно пов'язані. Рухові потреби реалізуються через

активність дитини. У випадку, якщо здоров'я малюка порушується, його активність знижується, а разом з тим і обмежуються можливості пізнавального розвитку на основі відчуттів та сприймання оточуючого. У результаті – спостерігаються відставання у розвитку опорно-рухового апарату, аналізаторів, а згодом і психічних функцій (сприймання, пам'яті, мовлення тощо).

Щоб виховати самостійну і впевнену у собі дитину, необхідно разом з нею занурюватись у різні цікаві сюжетні ситуації, тобто треба завжди передбачати відповідну *сюжетність* рухово-ігрової дії. Насамперед варто продумати ігрову перспективу, *велику тематичну гру (ВТГ)*. На її основі формулюється казкова тема конкретного заняття – *ситуаційна міні-гра (СМГ)*. Кожне заняття складається з *ігрових вправ*.

У сюжетах обов'язково мають фігурувати казкові образи-герої, і це передбачає наявність *образності* у фізичному вихованні. Ці казкові герої повинні розв'язувати в перебігові подій казки різні проблеми, тобто мову треба вести про *дозовану драматизацію* фізкультурної казки. Вболіваючи за долю улюблених героїв, діти проймаються почуттями персонажів, у них виникає бажання допомогти знайти вихід з певної ситуації. Це допомагає педагогові й дітям наповнити фізкультурне заняття відповідними емоціями, зробити його *емоційно забарвленим* (таким чином формується «емоційний інтелект» дитини).

Для психоенергетичного підживлення дітей на занятті автор технології пропонує використовувати можливості підсвідомого дитини у вигляді *типових дитячих архетипів* (за Карлом Юнгом), які генерують у малюків відповідні асоціативні шари історичної та сьогоденної пам'яті.

Також для корекції фізичного та психічного розвитку дошкільників можна використовувати можливості *казкотерапії*, спеціально моделюючи сюжет казки так, щоб уможливити цілеспрямовану корекцію наявних у дітей рухових порушень і викривлень у психічному розвитку.

Заняття в ігровому стилі казкової фізкультури відіграють істотну роль і в *гендерному вихованні* дітей дошкільного віку. Саме у казковому сюжеті хлопчики, виконуючи роль принца, який захищає від ворогів або злої чаклунки свою принцесу, вчать бути сильними, сміливими, витривалими, мудрими, швидко виконувати завдання. А дівчата, своєю чергою, вчать бути граційними, красивими, кмітливими, мудрими, гнучкими, допомагати принцям, піклуватися про них.

Сюжет кожного заняття не повинен суперечити першій заповіді авторської системи фізичного виховання М. М. Єфименка: «Йди за логікою природи» (філогенетичний принцип, еволюційний метод). Суть цієї заповіді полягає у тому, що в основі методики фізичного розвитку дітей мають лежати не штучні правила, а загальні природні закони біологічного становлення людини (дитини), віддзеркалені в наявних в анатомії, фізіології, неврології, біомеханіці, педіатрії та інших сферах знань закономірностях, відібраних самою еволюцією. Такий підхід актуалізує один з основних постулатів авторської технології – принцип природовідповідності. Він передбачає, що процес фізичного розвитку дітей має ґрунтуватися на філогенетичній/онтогенетичній послідовності формування стато-локомоторних функцій у дітей, що простежується, як в еволюції тваринного світу, так і у засвоєнні основних рухів немовляти у період раннього онтогенезу (від народження до одного-двох років). Ця закономірність відображена в основному біогенетичному законі Геккеля-Мюллера (*«онтогенезис повторює філогенезис»*), який автор технології трансформує в теорію та методику фізичного виховання дітей.

Головним методичним кредо технології М. М. Єфименка є принципово інша послідовність формування основних рухів у дітей: автор рекомендує починати заняття з фізичної культури з лежачо-горизонтальних положень (лежачи, навпочіпки, сидячи), потім засвоювати з дітьми вправи у положенні стоячи і в ходьбі, а наприкінці заняття робити вправи з лазіння, бігу та стрибків.

Відповідно до цього постулату треба розробляти казкові сюжети занять із фізичної культури, щоб за змістом фізкультурної казки ігрове дійство відбувалося саме в запропонованій вище послідовності: від горизонтальних вихідних положень до вертикальних; від розслаблення в положенні лежачи до напруження в положенні стоячи; від вправлення на місці до вправ у динамічних рухах, із пересуванням.

Дуже добре, коли педагог може достатньо переконливо відтворити розігруванні ролі, використовуючи засоби висловлювання:

- Загальний кінетичний малюнок казкового героя, описуючи архетипний стиль рухів;
- Звукова та вербальна стимуляція передбачена в процесі рухової реабілітації дітей, що під час сприйняття дітьми сприяє розвитку інтелекту і слухового аналізатора;
- Мімічні прояви продемонстровані педагогом завдяки пластичних можливостей обличчя;
- Образна жестикуляція, коли педагог демонструє характерний стиль поведінки відповідного казкового героя;
- Інстинктивна сфера демонстраційного архетипного образу (батьківський інстинкт, необхідність створення та захисту свого житла, потреба в їжі);
- Дозовані елементи негативних асоціацій, тільки в розумних дозуваннях такий прийом підсилить реакцію дитини і не нашкодить;
- Відповідна екіпіровка (одяг), який підбирається заздалегідь відповідно запланованих казкових персонажів, також можна використовувати головні убори.

Вище перераховані засоби висловлювання сприяють формуванню високої мотивації до рухово-ігрової діяльності під час занять з фізичного виховання за програмою М. М. Єфименка «Казкова фізкультура».

Висновок:

1. На основі аналізу наукового надбання М. М. Єфименка а також багаторічного особистого досвіду практичної роботи в закладі дошкільної освіти, слід признати, що найбільш вдалою формою фізичного виховання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату є фізкультурна корекційна казка.

2. Театралізований підхід до корекції рухових порушень у дітей можна успішно реалізовувати через такі можливості фізкультурної казки: сюжетність ігрового заняття з фізичної культури, образність, рольові прояви дітей у відповідності до обраного образу, емоційна насиченість заняття, дозована драматизація, казкотерапія, використання архетипного потенціалу несвідомого дитини тощо.

3. Реалізація театралізованого методу у формі фізкультурної корекційної казки має передбачати природовідповідну послідовність формування основних рухів у дітей, що спостерігається у філогенезі людини і онтогенезі дитини: починаючи з положення лежачи і завершуючи виконанням вправ у бігу та стрибках (за можливості).

Перспективи дослідження даного напрямку полягають у пошуках нових стимулюючих можливостей тотального ігрового методу, театралізованого стилю проведення заняття у формі фізкультурної корекційної казки для підвищення мотивації дітей до рухово-ігрової діяльності, що буде сприяти більш ефективній корекції наявних проблем в опорно-руховому апараті зазначеної категорії дітей.

Список використаних джерел:

1. Вільчковський Е.С., О. І. Курок О. І. (2008) Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку. Навч. посіб. - Суми: ВТД «Університетська книга», 428 с.
2. Вільчковський Е.С., Денисенко Н.Ф. (2008) Організація рухового режиму дітей у дошкільних навчальних закладах. Навч.-метод. посібник. - Тернопіль: мандрівець, 128с.
3. Ефименко Н. Н. (2019) Гендерное воспитание в физическом развитии дошкольников : Методическое пособие для родителей, педагогов и психологов. Винница : Твори, 148 с.
4. Єфименко М. М. Казкова фізкультура (2019) Програма з фізичного виховання дітей раннього та дошкільного віку. Схвалено для використання в закладах дошкільної освіти. – Вип. 2. – Вінниця : Твори, 51 с.
5. Ефименко Н. Н. (2017) Коррекционный театр физического развития дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата: метод. пособ. Винница: Нілан-ЛТД, 339 с.
6. Єфименко М. М.(2013) Сучасні підходи до корекційноспрямованого фізичного виховання дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату : учеб.-метод. пособ. Винница : ТОВ Нілан-ЛТД, 356 с.
7. Ефименко Н. Н. (2016) Театрализация физического воспитания дошкольников : учеб.-метод. пособ. Винница : Нілан-ЛТД, 167 с.
8. Ефименко Н. Н. (2014) Физическое развитие ребенка в дошкольном детстве/методические рекомендации 3-7 лет: Москва Дрофа. 287.
9. М. М. Єфименко «Казкова фізкультура». (2015) ж. «Дошкільне виховання», 14. 16 – 19.
10. Ельконін Д.Б. (1984) Психологія гри. М., 304
11. Ельконінова Л.І. Ельконін Б.Д. (1983) Вісник МГУ, сер. 14. Психологія. 2. 62-70.
12. Подолян Наталя (2009) Казка, що лікує душу. Дошкільне виховання. –9. 21-23
13. Солтис О. В. (2020) У світі казкової фізкультури Миколи Єфименка (методичні основи авторської технології). Харків. 468-472 <https://sci-conf.com.ua>
14. Солтис О. В. (2020) Наскрізний ігровий метод у технології Миколи Єфименка з фізичного розвитку дошкільників. Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. Збірник наукових праць 59. С – 75-79 <https://confscience.webnode.com.ua>
15. Юнг К.Г. (1998) Архетип і символ. 431

УКК 376.443 (091) (477)

Супрун Микола,

доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри психокорекційної педагогіки факультету спеціальної та інклюзивної освіти НПУ ім. М.П. Драгоманова
Київ, Україна

Супрун Дар'я,

доктор пед. наук, професор, професор кафедри спеціальної психології та медицини факультету спеціальної та інклюзивної освіти НПУ ім. М.П. Драгоманова
Київ, Україна

Галста Зоя,

вчитель слухо-мовної роботи, Спеціальна загальноосвітня школа-інтернат №18
м. Київ, Україна

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В КОНТЕКСТІ СУПРОВОДУ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Реакція освіти на глобалізацію полягає в зміцненні інтегральності особистості, збереженні й розвитку її особливостей та конкурентоспроможності, а також в орієнтації на

сучасну економіку, нові кваліфікації й технології за збереження традиційних і створення сучасних національних особливостей. Відповідно до концепції реформування вищої освіти, в тому числі і спеціальної, освіта та освітня діяльність мають сприйматися та визнаватися державою засобом формування культурної, духовної та інтелектуальної сфер сучасного покоління громадян України. Система вищої освіти сучасної України, перебуває в стані реформування та визначення способів трансформації й удосконалення всіх етапів підготовки фахівців високого професійного рівня. Тобто, вища освіта має бути більш інноваційною, далекоглядною і відповідальною за результат.

Про рівень розвитку цивілізованості суспільства, перш за все, можна стверджувати з позицій його ставлення до найменш захищених верств, серед яких діти з особливими освітніми потребами займають домінуюче місце. Одним з провідних чинників успішної соціалізації дитини з особливостями психофізичного розвитку є особистість компетентного фахівця в галузі спеціальної освіти [4, 45]. Отже, педагогічні вузи покликані удосконалювати професійну підготовку, значущість якої підвищується в зв'язку з інтеграційними процесами в системі освіти, реалізацією принципу «суспільство для всіх». Вищеназвані тенденції зумовлюють потребу у виявленні стратегії підготовки фахівців у сфері спеціальної освіти і розробці концепції, моделі і соціально-педагогічних умов професійної підготовки професіонала, здатного надавати кваліфіковану допомогу особам з фізичними обмеженими можливостями в умовах впровадження інклюзивної освіти [3, 8].

Сучасна професійно спрямована підготовка фахівця в галузі спеціальної освіти до роботи у системі інклюзивного навчання – це цілісний процес, який складається з цілого ряду підсистем, кожна з яких виконує свою функцію. Водночас, загальна готовність до роботи в інклюзивному освітньому середовищі провадиться на недостатньому рівні відносно вимог сьогодення, що викликало потребу у визначенні стану підготовленості фахівців зазначеної категорії в контексті супроводу підлітків з особливими освітніми потребами саме в умовах інклюзивного навчання.

Кризові умови сучасності спонукають до пошуку шляхів вирішення гострої соціальної проблеми – дезадаптації зазначеної категорії підлітків, які внаслідок складних соціальних та особистісних проблем не в змозі адаптуватися до соціального середовища сім'ї та школи. Допомогти здобути базову середню та допрофесійну освіту і не стати на шлях злочинності, можливо шляхом їх соціальної реабілітації в Центрах професійної підготовки та соціальної реабілітації проблемної молоді. Проте, значна частина фахівців спеціальної освіти не готові до реабілітаційної діяльності і потребують додаткової теоретичної та практичної допомоги.

Звертаючись до проблеми підготовки фахівців спеціальної та інклюзивної освіти до провадження реабілітації підлітків, звернемо увагу на їх характерні особливості: хронічна неуспішність в школі, опір педагогічному впливу вчителів та батьків, негативне ставлення до навчання, відчуження від сім'ї та школи, порушення емоційно-мотиваційної спрямованості, конфліктність в стосунках з однолітками та педагогами, відсутність комунікативної культури, асоціальні вияви тощо. Вирішення проблеми дезадаптації підлітків можливе шляхом їх соціальної реабілітації в Центрах професійної підготовки та соціальної реабілітації проблемної молоді, яка передбачає здійснення комплексу педагогічних, соціальних, психологічних і медичних заходів, які б сприяли відновленню порушених соціальних зв'язків і відносин підлітків зі шкільним та сімейним середовищем, встановленню норм індивідуальної та колективної поведінки у відповідність із загальноновизнаними суспільними правилами і стандартами, формуванню особистісних якостей, які б сприяли їх активній життєвій позиції та інтеграції в суспільство.

Метою підготовки фахівців спеціальної та інклюзивної освіти до провадження реабілітації підлітків є формування системи особистісних і професійних якостей, які сприяють успішному зазначеній здійсненню реабілітації в умовах інклюзії. Успішна реалізація даної мети передбачає єдність теоретичної і практичної підготовки до даного виду діяльності, сформованість ділових і особистісних якостей та наявності вмій і навичок для її здійснення.

Мотивація фахівців спеціальної та інклюзивної освіти до реабілітаційної діяльності досить складна і неоднозначна. Безумовно, переважають мотиви професійної самореалізації та самоствердження, мотиви участі у важливій державній справі, мотиви, що передбачають особисту зацікавленість в позитивних результатах праці, проте найважливішим з них є глибока переконаність в необхідності даного виду діяльності, як прояву гуманного ставлення до підлітків, бажання бути корисним в якості професіонала, громадянина, людини.

Досить важливою складовою підготовки фахівців спеціальної та інклюзивної освіти до реабілітаційної діяльності є емоційно-вольовий стан. Лише фахівці, які переконані в позитивних результатах реабілітації, розуміють всі труднощі даного виду діяльності і наполегливо прагнуть до успіху, цінують і поважають особистість, відкриті до спілкування з ними, доброзичливі, рішучі, зможуть допомогти. Слід наголосити, що вміння виявити емпатію до підлітка, поставити себе на його місце, зрозуміти емоційний стан, прийняти особистість при всіх перевагах і недоліках та враховувати всі ці чинники в процесі реабілітації – є необхідною якістю фахівця спеціальної та інклюзивної освіти. Розпочинаючи реабілітаційну діяльність, фахівці спеціальної та інклюзивної освіти мають усвідомлювати, що основними принципами роботи є:

- прийняття дитини, позитивне ставлення до неї, її індивідуальності, незалежно від її поведінки;

- недопустимість насильницьких форм, методів і засобів навчання, виховання та реабілітації;

- організація спільної діяльності з дорослими, що беруть участь у реабілітації підлітка (медичні працівники, соціальні працівники, вчителі, батьки й ін.);

- емоційне прийняття підлітка таким, яким він є;

- звернення не тільки до інтелектуальної сфери, а й до сфери особистості;

- повага до підлітка, віра в його здібності;

- розвиток довірливих відносин;

- особистісна зацікавленість у створенні комфортного реабілітаційного середовища;

- здійснення індивідуального стилю спілкування [4, с. 52].

Слід зазначити, що здійснення реабілітації підлітків неможливе без системи відповідних професійних знань, організаторських, комунікативних вмій і навичок. В процесі проведення реабілітаційної діяльності особливої значущості набувають комунікативні вміння фахівців:

- уміння створювати умови для сприятливого соціально-психологічного клімату;

- уміння використовувати демократичні форми педагогічного спілкування та впливу;

- уміння керувати власним емоційним станом;

- уміння провадити спілкування на основі захоплення спільною творчою діяльністю;

- уміння орієнтуватися на учня як активного суб'єкта навчально-виховного процесу;

- уміння оцінювати стан соціальної адаптованості учнів, розпізнавати в поведінці узгодженість соціальних норм і переконань;

- уміння створювати умови для залучення учнів до соціальних цінностей, розвитку соціальних якостей [5, 65].

Безумовно, здійснивши підготовку фахівців спеціальної та інклюзивної освіти до реабілітаційної діяльності, слід враховувати складність і напруженість даного виду діяльності, коли фахівець одночасно виконує різні види роботи, кожний день зустрічається зі складними дитячими проблемами, а подекуди і горем, має ненормований робочий день, невисокий заробіток – все це сприяє зростанню напруги, втоми, та, як наслідок, сприяє емоційному вигоранню. Але підготовлений належним чином до реабілітаційної діяльності фахівець спеціальної та інклюзивної освіти розуміє проблеми підлітків і знає їх вікові особливості, розуміє мету, цілі реабілітаційної діяльності і застосовує отримані знання на практиці: вміє виявляти і розвивати індивідуальні творчі здібності і нахили в процесі даної діяльності; вміє налагодити позитивне спілкування на основі взаєморозуміння, довіри та партнерства; вміє нестандартно творчо організовувати навчальні заняття і виховні заходи; сприяє особистісному та творчому розвитку [5, 25].

Список використаних джерел:

1. Синьов В. М., Пометун О. І., Кривуша В. І., Супрун М. О. Основи теорії виховання. Навч. посіб. К. : МП «Леся», 2000. 140 с.
2. Супрун Д. М. Професійна підготовка психологів в галузі спеціальної освіти. *Монографія*. К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. 392 с.
3. Супрун Д. М. Теорія та практика професійної підготовки психологів в галузі спеціальної освіти. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.03. Київ, 2018. 657 с.
4. Супрун Д. М. Management – a component of psychologists' professional training (Менеджмент – складова професійної підготовки психологів). Навчально-методичний посібник для студентів, слухачів магістратури та практикуючих психологів. Київ, 2019. 390с.
5. Супрун М. О. Корекційне навчання учнів допоміжних закладів освіти: витоки, становлення та розвиток (друга половина XIX-перша половина XX ст.): Монографія. К.: Вид. КЮІ МВСУ Паливода АВ, 2005. 350 с.
6. Супрун М. О. Педагогіка : підручник для духовних і світських закладів освіти – К. : КДА,2018. – 400 с.
7. Suprun,N. Pedagogy as an academic discipline in the context of religious education. Proceedings of the Kiev Theological Academy.2011. No.15. – P. 323-333.
8. Глушко, Н. В. Соціальна реабілітація дезадаптованих старших підлітків у професійних ліцеях[Текст] : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. наук :13.00.05 – соціальна педагогіка / Глушко Надія Василівна ; Ін-т проблем виховання НАПН України. – Київ, 2017. – 20 с.

УДК 376 – 056.29:612.858.7

Тарасова Віталія,
доцент кафедри корекційної освіти
та спеціальної психології КЗ «Харківська
гуманітарно-педагогічна академія» ХОР
(Харків, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ЗВУКОВИМОВНОЇ СТРУКТУРИ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Встановлення контактів з оточенням є одною з головних проблем дітей з ЦП. Комунікативні вміння й навички – це чинники, які забезпечать успішну діяльність дитини у сфері спілкування. Крім того, конструктивне спілкування є показником культури особистості у цілому. Для повноцінного психічного розвитку дитини необхідно розвиток взаємин з дорослими і однолітками пошуку нових підходів до поліпшення якості їх життя і інтеграцію у суспільство.

Вивчення контингенту показало, що у багатьох випадках спостерігається поєднання виражених порушень опорно-рухового апарату з відхиленнями у розвитку центральної нервової системи і це впливає на своєрідність становлення особистості.

У спеціальній освіті на теоретичному та практичному рівнях здійснено низку розробок щодо корекційної роботи з дітьми із церебральним паралічем із урахуванням складності порушень та вдосконалення навчально-виховного процесу у спеціальних освітніх закладах, а особливо, пошуку ефективних комплексних технологій, прийомів та засобів розвитку дитини (І. Бех, Г. Бойко, Л. Виготський, Т. Вісковатова, Е. Данілавічюте, Л. Дробот, М. Єфіменко, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Романенко, Н. Скрипка, Т. Ілляшенко, А. Заплатинська, М. Іпполітова, Б. Калижнюк, А. Обухівська, Є. Постовойтова, О. Романенко, Л. Ханзерук, О. Чеботарьова, О. Приходько, А. Семенович, В. Синьов, Є. Соботович, Н. Стадненко, В. Тарасун, А. Шевцов, М. Шермет, Л. Шипіцина, М. Ярмаченко, М. Bornstein, J. Kirby та ін.).

Незважаючи на постійний інтерес дослідників до проблем оптимізації лікувально-корекційної роботи з даною категорією дітей, зараз немає цілісного уявлення про закономірності становлення у них навичок спілкування; недостатньо вивчені адекватні умови, що сприяють повноцінному формуванню основних операційних компонентів їх комунікативної діяльності. У даний час існує вкрай мала кількість методик для виявлення проблем спілкування дітей з ЦП.

Дитячий церебральний параліч характеризується поєднанням, психічних, рухових та мовленнєвих розладів, що супроводжуються порушеннями зору, слуху, сенсомоторної чутливості. Затримка психічного розвитку у дітей із церебральним паралічем – один із компонентів складного порушення, що охоплює порушення рухової, сенсорної, емоційно-вольової сфери розвитку і це те, що позначається на недостатності пізнавальної діяльності, зокрема, абстрактного мислення та інших вищих психічних функцій. Структура порушень пізнавальної діяльності при ЦП має ряд специфічних особливостей, характерних для всіх дітей цієї категорії. До них відносяться:

- 1) нерівномірний, дисгармонійний характер порушень окремих психічних функцій. Ця особливість пов'язана з мозаїчним характером ураження головного мозку на ранніх етапах його розвитку при ЦП;
- 2) вираженість астенічних проявів – підвищена стомлюваність, виснаженість всіх психічних процесів, що також пов'язано з органічним ураженням центральної нервової системи;
- 3) знижений запас знань і уявлень про навколишній світ. Діти з церебральним паралічем не знають багатьох явищ навколишнього предметного світу і соціальної сфери, і найчастіше мають уявлення лише про те, що знають з особистого досвіду.

Це обумовлено вимушеною ізоляцією, обмеженнями контактів дитини з однолітками і дорослими у зв'язку з тривалою неможливістю рухатися або значними труднощами пересування.

ЦП у більшості випадків викликає особливий мовленнєвий розвиток, що обумовлено двома основними причинами. З одного боку – наявність у дітей з ЦП різного ступеня тяжкості органічних уражень окремих коркових і підкіркових структур мозку, які беруть участь у забезпеченні мовних функцій, з іншого – вторинним недорозвиненням або уповільненим формуванням премоторно-лобових і тім'яно-скроневих коркових структур, а також, порушеннями темпу і характеру розвитку зорово-слухових і слухо-зорово-моторних нервових зв'язків. Труднощі в пізнанні навколишнього світу у процесі предметно-практичної діяльності, пов'язані з проявом рухових і сенсорних розладів. [1,3.]

При ЦП відзначається порушення координованої діяльності різних аналізаторів. Патологія зору, слуху, м'язово-суглобового відчуття істотно позначається на сприйнятті у цілому, обмежує обсяг інформації, ускладнює пізнавальну діяльність дітей з церебральним паралічем. У більшості дітей з церебральним паралічем виявляється затримка мовного розвитку – і цю затримку фахівець може виявити вже у самому ранньому віці, у так званому домовному періоді – по одноманітному слабкому крику, бідності гуління і белькотіння. Також, у самому ранньому віці спостерігаються проблеми з смоктанням, ковтанням, а пізніше – складності с жуванням. У перші роки життя дитини часто можна спостерігати уповільнений темп мовленнєвого розвитку і випереджальний розвиток загальної моторики. Перші слова діти з ЦП починають вимовляти у середньому лише у 2-3 роки. Спостерігається порушення сенсомоторної сфери, процесів артикуляції (слабкість мускулатури губ, порушення м'язового тонусу язика і обмеження його рухливості, порушення функції м'якого піднебіння, а також загальні рухові розлади), звуковимови, управління мімікою обличчя та жестами, порушено кінестетичне сприйняття, знижений контроль за диханням і рухом артикулярного апарату у цілому. [3]

У дітей, які страждають на ЦП, відзначається порушення фонематичної сторони мовлення. Звукова сторона мовлення майже не привертає увагу дітей, так як має місце більш пізній розвиток фонематичного сприйняття, яке є складним видом психічної діяльності. Це призводить до нездатності розрізнити на слух слова, близькі за звучанням. У зв'язку з недорозвиненням пізнавальної діяльності у дітей, які страждають на ЦП, виявляються несформованими пізнавальні процеси, які спрямовані на оволодіння звуковим складом мовлення. Правильна слухова диференціація звуків мови вимагає сформованості навичок аналізу і синтезу. Порушення аналітико-синтетичної діяльності дітей з ЦП позначається і на функціонуванні мовнослухового аналізатора. З цієї причини діти даної категорії часто не розрізняють звуки на слух, особливо звуки, що близькі акустично і артикуляторно і це негативно позначається на формуванні звуковимови. Труднощі слухової диференціації звуків різко обмежує можливості оволодіння правильною вимовою, так як правильна звуковимова формується тільки на основі чіткого акустичного образу звуку. Відсутність чіткого акустичного зразка у дітей з ЦП ускладнює процес формування звуковимови та отримання адекватного акустичного ефекту.

У свою чергу, наявність дефектів звуковимови викликає гальмування процесу розвитку слухової диференціації порушених звуків. Це пов'язано з тим, що у період формування звукової сторони мовлення, дитина значно краще розрізняє на слух ті звуки, які він вимовляє правильно, ніж звуки, які вимовляє неправильно. Також, порушення звуковимови у дітей з ЦП у значній мірі обумовлюється і спільним моторним недорозвиненням, а особливо недорозвиненням мовної моторики. При вимові звуків мови здійснюється складна, тонка, добре координована робота різних мовних органів, що представляє для дітей з ЦП велику складність. Поряд із загальним недорозвиненням мовної моторики у цих дітей мають місце паралічі, парези мовної мускулатури, що різко обмежує можливості оволодіння правильною вимовою звуків мови. При порушеннях рухової функції апарату артикуляції страждають тонкі диференційовані рухи, тому звуки вимовляються неточно, особливо у мовному потоці. Несформованість рухових диференційовань може привести до заміни складних звуків простими за артикуляцією [2, с.97–100.]. При низькій гостроті слуху часто має місце недолік слухової пам'яті та слухового сприйняття, що має пряме відношення до затримки і порушень у формуванні артикуляції при ЦП. Дитина, яка зазнає труднощів сприйняття мовних звуків і одночасно обмежена у можливостях руху мовленнєвих м'язів, зазнає труднощів і у процесі артикуляції, що особливо

характерно для даної патології. При спастичній симптоматиці переважає посилення м'язового тону. Чим більше підвищена спастичність, тим більше примітивними є пострально-тонічні і динамічні види діяльності. Ці дії виявляються більш порушеними при посиленні мимовільних рухів,

Для активації мовної діяльності дітям з ЦП необхідна спеціальна підготовка орально-моторного механізму, формування правильного мовного дихання і нормалізації артикуляторної координації. Орально-моторна система дуже сприйнятлива до різних впливів, що і призводить до порушень орально-моторних функцій, при цьому страждає вимова, так як швидкість мовних рухів найшвидша з усіх рухів тіла.

Таким чином, основним завданням корекційної роботи з формування звукової культури мовлення при дитячому церебральному паралічі є розвиток відчуттів артикуляційних поз і рухів, подолання і попередження оральної диспраксії. Порушення артикуляційної моторики при дитячому церебральному паралічі не тільки ускладнюють формування вимовної сторони мовлення дитини, але і нерідко викликають порушення фонематичного сприйняття. Це може викликати у дитини труднощі звукового аналізу слів та спотворення їх звуко-складової та граматичної структури мовлення, що призводить до порушення комунікативної функції мови.

Список використаних джерел:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. для логопеда. Москва, 1989. 79 с.
2. Большакова, С. Е. Речевые нарушения и их преодоление Москва: ТЦ Сфера, 2005. 128 с.
3. Данилова Л.А., Стока К., Казицына Г.Н. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе: Методические рекомендации для учителей и родителей. СПб., 1997. 48 с.
4. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі: [науково-методичний посібник] / [Т. Д. Ілляшенко, А. Г. Обухівська, О. В. Романенко, Н. С. Скрипка]. Київ, 2003, 156 с.
5. Чеботарьова О. В. Індивідуальне навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату: Монографія. Київ : Літо. 2007, 197 с

УДК 376.091.33.-056.263

Тимофієнко Наталія,

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри сурдопедагогіки

та сурдопсихології імені М. Д. Ярмаченка

НПУ імені М. П. Драгоманова

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ У МАЙБУТНІХ СУРДОПЕДАГОГІВ

Важливою якістю педагога виступає його вміння організовувати взаємодію з дітьми, спілкуватися з ними, керувати їхньою діяльністю. В структурі педагогічної діяльності виділяють комунікативний компонент, який вимагає від учителя розвитку комунікативних здібностей, необхідних для здійснення ефективної педагогічної діяльності [1,5].

Як відомо, мова є основним засобом спілкування людей, одним із компонентів духовної культури, продуктом соціального розвитку. Мова нерозривно пов'язана з мисленням і служить

не лише засобом вираження думок, а й знаряддям думки, засобом формування й оформлення думки. Спілкування людей за допомогою мови відіграє величезну роль у розвитку суспільства, у пізнанні дійсності [5].

Мовленнєва культура є важливою складовою професійної майстерності педагога. Вчителям вона є особливо необхідною, оскільки їхнє мовлення виступає зразком для наслідування дітей. Особистість педагога розкривається в єдності слова та поведінки; у слові він виявляє себе, свою моральність та емоційно-мовленнєву культуру. Педагог повинен досконало володіти технікою мовлення, вміти добирати лінгвістичні засоби та прийоми в залежності від умов та мети спілкування, тому що від цього залежать результати його роботи [2].

Техніка мовлення як технічний компонент мистецтва мовлення виступає одним із факторів мовленнєвої майстерності, а звідси і мовленнєвої культури, педагога. Техніку мовлення вчителя можна представити за допомогою певних характеристик, а саме: голос, дихання, дикція, орфоепічна правильність мовлення, словесний і логічний наголос, інтонація, темп, наявність пауз, чіткість артикуляції [1].

Розглянемо детальніше зазначені смислові характеристики техніки мовлення.

Голос вважається одним із елементів техніки мовлення. Голос – це звуковий потік, зумовлений дрижанням голосових зв'язок унаслідок проходження струменя видихуваного повітря, дієвий компонент звукового мовлення, результат складної фізіологічної і психічної діяльності людського організму; стимулюється інтелектом мовця, його емоціями, волею. Голос має індивідуальні особливості, які залежать від голосового апарату. Основними критеріями оцінки голосу є сила, висота та тембр. Сила голосу залежить від амплітуди коливань голосових зв'язок: чим більша амплітуда, тим сильніше голос. Амплітуда визначається напором видихуваного повітря. Висота голосу – це суб'єктивне слухове відчуття частоти звуку, утвореного в результаті проходження повітря між голосовими зв'язками, які періодично змикаються і розмикаються. Чим частіше коливаються голосові зв'язки, тим вище голос. Частота коливань голосових зв'язок залежить від довжини, товщини і напруження голосових зв'язок. Зміна висоти основного тону голосу у процесі звичайного мовлення визначає інтонацію речення (розповідне, питальне, окличне). Тембр голосу – сприймається синтетично як специфічне забарвлення голосу. Він дозволяє відрізнити людей за голосом, навіть, якщо висота, гучність та тривалість звучання цих голосів однакова. Тембр голосу може бути спонтанним (мимовільним) та креативним (спеціально сформованим) [3].

Дихання є також складником усного мовлення. Дихання, пов'язане з мовленням, – процес керований, довільний. Таке дихання називається мовленнєвим, фонаційним або звуковим і його можна тренувати. Найкориснішим для мовленнєвого процесу є реберно-діафрагмальний тип дихання. При ньому працюють міжреберні м'язи, діафрагма, косі м'язи живота. Звуки мовлення утворюються завдяки видиху, тому вчителю необхідно тренувати якомога довший видих і вміння раціонально використовувати запас повітря під час мовлення [3].

Наступним елементом техніки мовлення є дикція. Дикція у наукових дослідженнях визначається як чітка і ясна вимова звуків, складів слів, що є основою професійного мовлення вчителя. Вона передбачає артикуляційну точність, вкорисність артикуляційної бази, добре активізує процес спілкування, дає змогу зосередитися на змісті. Дикційна нормативність – важливий елемент техніки мовлення педагога [4].

Висока культура усного мовлення вимагає орфоепічної правильності. Із звуковою стороною мовлення пов'язані фонетичні й орфоепічні норми. Фонетичні норми виявляються у дотриманні правильного проголошення звуків мови, зокрема, у врахуванні правил чергування

голосних і приголосних у словах, подовження тощо. В основі орфоепічних норм літературної мови лежать відповідні фонетичні закономірності, властиві українській мові [3].

Наголос є ще одним елементом техніки мовлення педагога. У літературі наголос визначається як фонетичне явище, за допомогою якого виділяється відповідний склад з-посеред інших складів у слові чи певний компонент у реченні [3]. Характер наголосу, його місце, сила пов'язані з ритмом та мелодикою мовлення. Виділення частин слова, певного слова чи вислову відбувається за допомогою: зміцнення артикуляційної сили голосу; піднесення висоти тону; сповільненої вимови слова чи фрази тощо. Серед багатьох видів наголосів розрізняють словесний і логічний наголос. *Словесний наголос* – наголос, який полягає у виділенні одного складу в слові за допомогою артикуляційних засобів, властивих мові, – посилення м'язової напруженості мовного апарату, збільшення сили видиху, зміни висоти тону, збільшення тривалості звучання. В українській мові наголос вільний, різномісний, він може падати на будь-який склад слова. Вільний наголос не означає, що наголошувати слова можна довільно. У наголошуванні українських слів є своя системність, яка полягає в тому, що певні групи слів об'єднуються одним правилом щодо наголошування. *Логічний наголос* – важливий складник інтонації. Він використовується свідомо для виділення певного слова, яке мовник вважає найважливішим. Логічний наголос впливає на сенс повідомлення та виділяє важливе для інформації слово [3].

Інтонація є основним засобом розподілу мови на фрази і фраз на синтагми. Інтонація допомагає розрізнити речення розповідного, питального та окличного характеру, передавати найтонші синтаксичні відношення всередині речень. Інтонація виникає за допомогою: 1)підвищення і зниження голосу; 2)розподілу пауз; 3)наголосу. За допомогою інтонації у мовленнєвому потоці виділяють фрази і їхні змістові частини, передають суб'єктивне ставлення до висловленого. Інтонація виконує важливі функції: логічні і граматичні, образні, емоційні, стилістичні тощо. Вона дає змогу мовцеві свідомо урізноманітнювати засоби виразності усного мовлення, передавати тонкі семантичні та емоційні відтінки думки, підтекст, що визначається конкретною ситуацією розмови [3].

Темп – часова характеристика усного мовлення. Дане поняття охоплює: 1)швидкість мовлення загалом; 2)час звучання окремих слів; 3)інтервали і довжину пауз. Темп буває повільний, уповільнений, середній, пришвидшений, швидкий, однак не повинен бути механічним, випадковим. Уповільнюючи темп, педагоги виділяють інформативно важливу частину слова або фрази, які переважно вимовляються розмежовано й чітко для слухача [3].

В структуру техніки мовлення педагога входить пауза, яка визначається як перерва у мовленнєвому потоці, в артикуляції органів мовлення. У мовленні пауза пов'язана з мовленнєво-комунікативними причинами: закінчення процесу мовлення або певного мовленнєвого відтінку; потребою часу для обдумування; добирання належного слова, фрази; для виділення наступного тексту; перерва у мовленні з психологічних причин. Пауза може бути зумовлена і фізіологічною причиною – потребою зробити вдих. За тривалістю виділяють три види пауз: короткі, середні й довгі. Місце паузи впливає на зміст фрази [3].

Отже, особливості формування культури педагогічного спілкування у майбутніх сурдопедагогів передбачають розвиток техніки мовлення, зокрема, мовленнєвого дихання, вимови, дикції, темпу, інтонації, наявності пауз, вмінь ставити логічні наголоси та удосконалення вмінь ефективно використовувати на практиці чітке артикулювання.

Список використаних джерел

1. Мурашов А.А. Педагогическая риторика. – М.: 2001. – 480с.

2. Основи педмайстерності. / За ред. І.А.Зязюна. – К., 1997. – 349с.
3. Пінчук Ю.В. Риторика, культура та техніка мовлення вчителя-логопеда: Навчально-методичний посібник. – К., КНТ, 2007. – 92с.
4. Сербенська О.А. Культура усного мовлення. Практикум: Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2004, – 216с.
5. Стахів М.О. Український комунікативний етикет: Навчально-методичний посібник. – К.: Знання, 2008. – 245с.

УДК 616. 8: 616. 896

Тузова Ганна,
магістр спеціальної освіти
м. Краматорськ, Україна

НЕЙРОВІДМІННОСТІ У ОСІБ З РОЗЛАДОМ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

Основними ознаками розладу спектру аутизму є порушення соціальних та комунікативних функцій, наявність ригидної та повторювальної поведінки, порушення моторних навичок (таких як діспраксія). Також, до часто зустрічаючихся проблем відносяться порушення обробки соматосенсорної інформації, порушення сну та харчової поведінки. За всі ці функції відповідають таламус, базальні ганглії та кора головного мозку.

Завдяки сучасним електроним методам нейровізуалізації та МРТ все більше досліджень виявляють різницю у розвитку головного мозку людини з аутизмом та нормотиповою людиною. Ця різниця може бути виявлена у відмінності у розмірах деяких структур головного мозку, також у зниженій або у збільшеній кількості нейронних зв'язків між ключовими структурами мозку. Такі фізичні відмінності головного мозку людей з аутизмом від нормотипових людей обумовлені наявністю затримки провідності нейронних зв'язків та збільшення витрат енергії клітин, також пов'язані з більш тривалими нейронними зв'язками на великі відстані, впливають на процеси розвитку, породжуючи змінену організацію мозку з меншим зв'язком між просторово-віддаленими регіонами. Це було підтверджено обчислювальними моделями та результатами, що пов'язують більший внутрішньочерепний об'єм, індекс максимального розміру мозку під час розвитку, та зменшений міжпівкульний зв'язок у осіб з РСА [12]. Іншими словами, чим більше мозок по об'єму, чим більше нетипова кількість нейронних зв'язків у ключових структурах, тим важкіше нейронам передавати інформацію від одного відділа до іншого.

На сьогодні є досить багато літературних джерел, де можна знайти інформацію про опис поведінки дітей з РСА, клінічних проявів даного стану, використання різноманітних методик розвитку та втручання (таких, як Прикладний Аналіз Поведінки, Денверська модель раннього втручання, Флортайм, сенсорна інтеграція та багато інших). Але в україномовній науковій літературі є недостатня кількість інформації, в якій висвітлена різниця між нейронними зв'язками та загальною роботою головного мозку у людей з РСА та нормотипових людей.

Метою даної статті є огляд деяких англійських досліджень за останні 10 років у галузі нейровідмінності людей з аутизмом та людей загального розвитку. Приблизно 40 років тому почались перші спроби знайти та описати нетипову поведінку дітей з РСА. Одними з перших були Damasio та Maurer які припустили на основі аналогії з ознаками та станами, що спостерігаються у неврології дорослих, що причиною симптоматики аутизма може бути дисфункція в системі двосторонніх нервових структур, що включає кільце мезолімбічної кори

(мезолімбичний шлях) , розташованій в лобній та скроневій частках, неостріатума та передній та медіальній ядерних групах таламуса [1]. Цей мезолімбичний шлях грає ключову роль у системі винагороди та є загальним центром управління нашими емоціями, соціальними навичками, навчанням, моторним розвитком та обробкою соматосенсорної інформації і представляє собою тісну співпрацю таламуса, базальних гангліїв та кори головного мозку. Всі ці три структури є дуже специфічними у функціональному розподілі функцій, але їхня злагоджена робота має ключовий сенс у гармонійному розвитку людини.

У дослідженні Neil D. Woodward, Monica Giraldo-Chica, Baxter Rogers, and Carissa J. Cascio «Таламокортикальна роз'єднаність при розладі спектру аутизму» за 2017 рік, виявлялась різниця у нейронних зв'язках між таламусом та корою головного мозку (таламо-корковий тракт) у 228 людей різного віку з РСА та 228 людей з нормотиповим розвитком. Був виявлен гіперзв'язок між таламусом, префронтальною корою, скроневою часткою та з сенсомоторною корою [14].

У лонгітудному дослідженні Marieke Langen під назвою « Зміни у розвитку смугастого тіла асоціюються з повторювальною поведінкою у дітей з РСА», були дослідженні 86 дітей, 49 з яких мали аутизм та 37 із контрольної групи. Кожній дитині зробили МРТ двічі з періодом у 2,4 роки: перший раз у віці 9,9 років, другий раз у 12,3 років. Результати показали, що у дітей з РСА швидкість зростання смугастого тіла набагато більше, ніж у контрольній групі. Ця аномалія була збільшена удвічі у хвостатому ядрі. Також була виявлена закономірність, що чим швидше збільшення смугастого тіла, тим сильніші прояви повторювальної поведінки (стеріотипії) [13].

До аналогічного висновку прийшла команда Еріка Холандера (Eric Hollander), яка за допомогою МРТ вивчала різницю у розмірах хвостатого ядра у підлітків з аутизмом та нормотипових однолітків. Вони виявили, що значно збільшений розмір правої частини хвостатого ядра та загальній обсяг скорлупи базальних ядер корелювали з повторюваною поведінкою у дітей з аутизмом [8]. В дослідженні Irene Dupong та Adriana Di Martino «Гіперзв'язки у стріатумі пов'язані з обмеженою та важкістю повторюваної поведінки у дітей з РСА», брали участь 157 дітей з аутизмом віком від 5 до 17 років (76% чоловічої статі). Вивчались нейронні зв'язки між ядрами у смугастому тілі та корою головного мозку та безпосередньо між ядрами смугастого тіла. Вдалось виявити, що, чим сильніше була повторювальна поведінка, тим більше зв'язків було між смугастим тілом та соматомоторною та потиличною зонами кори, а також, багато зв'язків між лобно-тім'яною часткою мозку та смугастим тілом. По-друге стало відомо, що у нормотипових дітей не було таких нетипово великих нейронних зв'язків [11].

До схожих висновків прийшли Tetsuya Iidaka та Tomohiro Kogata, які обстежували нейронні зв'язки між таламусом та 19 зонами кори, а також зв'язки між амігдалою та 6 зонами кори головного мозку. Результати цього дослідження показали наявність гіперзв'язків у таламокортикальних шляхах та, навпаки, зменшення рівня зв'язків (гіпозв'язок) у мигдально-кортикальних шляхах. Вони припускають, що такі значні відмінності можуть бути пов'язані з патофізіологією РСА [18].

Незважаючи на слабкі зв'язки між амігдалою та корою головного мозку, є дані про збільшений розмір амігдали у дітей з РСА. Cynthia Mills Schumann вивчала розмір амігдали у загальної кількості 89 дітей, серед яких 41 дитина аутизмом та 47 дітей без ознак патологічного розвитку. Вік дітей, які брали участь у дослідженні був від 1 до 5 років життя. Вчена прийшла до висновку, що розмір амігдали у дітей з аутизмом значно збільшений у порівнянні з однолітками і таке нетипове збільшення має проявитись до трирічного віку. Чим більше за

розміром відрізнялась амигдала, тим сильніше були порушення соціальної взаємодії при аутизмі [5].

Латеральна частина смугастого тіла відноситься до процесів, що сприяють передбаченню винагороди та наближають поведінку до біологічно важливих цілей, включаючи оцінку винагороди, під час отримання винагороди та процесів, пов'язаних із регулюванням такої поведінки [4].

Ashley A. Scott-Van Zeeland та команда досліджували активацію цієї зони у 16 дітей з аутизмом та нормотипових одноліток з однаковим рівнем інтелекту. Під час виконання завдання у формі комп'ютерної гри були надані соціальна похвала та монетизована похвала (матеріальна). Вони виявили зменшену нейронну реакцію як на соціальні, так і на грошові винагороди при аутизмі, із вираженим зменшенням реакції на соціальні винагороди [3].

Окрім значних відхилень у розмірах та кількості нейронних зв'язків між структурами базальних гангліїв та корою головного мозку, також були знайдені відмінності у розмірах мозочка та кількості клітин Пуркіньє. Мозочок здавна відомий своїм значенням у руховому навчанні та координації. Нещодавні анатомічні, клінічні та нейровізуальні дослідження припускають, що мозочок підтримує когнітивні функції, включаючи мовленеві та виконавчі функції, а також афективну регуляцію [9].

Також відомо, що мозочок грає роль у класичних умовно-рефлекторних реакціях (рефлексах), випереджальному плануванні, спритності, аспектах уваги, зоровій просторовій організації та контролі за збиранням сенсорних даних [17].

Нижня частина червя мозочка грає важливу роль у мовленні, а саме у ритмізації мовлення, наголосі, висоті звуку, гучності, та з'єдненні складів у слово [10].

В своєму дослідженні E. Courchesne виявив нерозвіненість черв'яка мозочка, VI та VII долей мозочка у осіб з аутизмом і припускає, що це може опосередковано впливати через свої зв'язки зі стовбуром мозку, гіпоталамусом і таламусом на розвиток і функціонування однієї або декількох систем, що беруть участь у когнітивній, сенсорній, вегетативній та руховій діяльності [6].

Anila M.D'Mello вивчала обсяг сірої речовини у дітей з РСА у порівнянні з нормотиповими однолітками, та загальний об'єм мозочка. У цьому дослідженні взяли участь сімдесят дітей у віці 8–13 років: 35 дітей з РСА (30 хлопчиків, та 5 дівчат) та 35 дітей із нормотиповим розвитком. Виявилась гіпоплазія червя мозочка; зменшення сірої речовини у правій півкулі мозочка в області верхньої та нижньої лунної дольки корелює з важкістю проявів симптомакомплексу аутизма у дітей. Кількість клітин Пуркіньє у дітей з РСА була зменшена порівняно з нормотиповими дітьми на 24% - 50 % [2].

Дуже важливою функцією цих клітин Пуркіньє є зменшення рухової активності за рахунок використання в своїй роботі ГАМК (нейромедіатор гальмування рухів). Також, це єдиний тип клітин, який має зв'язок з корою головного мозку та з спинним мозком. [16]

Таким чином ми бачимо, що прояви аутичної симптоматики мають під собою порушену організацію нейронних зв'язків, нетиповий розмір ключових мозкових структур, які задіяні у навчанні, розвитку моторних навичок та поведінкових проявах.

Список використаних джерел:

1. A. R. Damasio, R. G. Maurer; A neurological model for childhood autism <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/718482/>
2. Anila M.D'Mello: Cerebellar gray matter and lobular volumes correlate with core autism symptoms <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221315821500025X#f0005>

3. Ashley A Scott-Van Zeeland, Mirella Dapretto, Dara, Ghahremani, Russell A Poldrack, Susan Y Bookheimer. Reward processing in autism <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20437601/>
4. Avis R. Brennan and Amy F.T. Arnsten. Neuronal Mechanisms Underlying Attention Deficit Hyperactivity Disorder <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2863119/>
5. Cynthia Mills Schumann, Cynthia Carter Barnes, Catherine Lord, Eric Courchesne. Amygdala enlargement in toddlers with autism related to severity of social and communication impairments. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19726029/>
6. E. Courchesne, Hypoplasia of Cerebellar Vermal Lobules VI and VII in Autism <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM1988052631821023>.
7. E. Courchesne. Hypoplasia of Cerebellar Vermal Lobules VI and VII in Autism <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677555/>
8. Eric Hollander. Striatal volume on magnetic resonance imaging and repetitive behaviors in autism <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939406/>
9. Hermann Ackermann, Klaus Mathiak, Axel Riecker. The contribution of the cerebellum to speech production and speech perception: clinical and functional imaging data <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17786816/>
10. Hermann Ackermann. The contribution of the cerebellum to speech production and speech perception: clinical and functional imaging data <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17786816/>
11. Irene Dupong. Hyper-connectivity of the striatum related to restricted and repetitive behaviors' severity in children with ASD <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.21.957993v1.full>
12. John D. Lewis; Network efficiency in autism spectrum disorder and its relation to brain overgrowth <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3857605/>
13. Marieke Langen, Changes in the development of striatum are involved in repetitive behavior in autism; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24090791/>
14. Neil D Woodward, Monica Giraldo-Chica, Baxter Rogers, Carissa J Cascio, An analysis of the Autism Brain Imaging Data Exchange; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28584881/>
15. Neil Gordon. The cerebellum and cognition <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17400009/>
16. P. Michael Conn. Conn's translational neuroscience, Amsterdam : Elsevier Academic Press, 2017
17. S. Hossein Fatemi .Pathological Role of the Cerebellum in Autism. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677555/>
18. Tetsuya Iidaka, Tomohiro Kogata, Yoko Mano and Hidetsugu Komeda. Thalamocortical Hyperconnectivity and Amygdala-Cortical Hypoconnectivity in Male Patients With Autism Spectrum Disorder; <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00252/full>

УДК 929:37. 011. 3 – 056. 29.

Ханзерук Лілія,

Кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психокорекційної педагогіки ФСЮ НПУ імені М. П. Драгоманова.

м. Київ, Україна

СПАДЩИНА М. В. РОЖДСТВЕНСЬКОЇ У РЕТРОСПЕКТИВІ РОЗВИТКУ В УКРАЇНА ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ

Досвід України в наданні допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату належить достатньо молодій науково-практичній галузі, яка почала складатись у середині ХХ сторіччя та протягом часу свого історичного формування розвивалась як комплексна клініко-психолого-педагогічна наука.

Зусиллями цілої плеяди зарубіжних та вітчизняних учених розроблялась теорія і практика реабілітації, виховання, навчання і розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в закладах різних типів та родині (Bobath В., Bobath К., Рето А., Абрамович-Лехтман Р., Войта В., Данілавічуте Е., Ейдинова М., Єфіменко М., Заплатинська А., Іпполітова М., Калижнюк Е., Кириченко Є., Козьявкін В., Мاستюкова О., Мога М., Постовойтов Є., Раменська О., Родненко М., Романенко О., Рождественська М., Руденко Л., Семенова К., Чеботарьова О., Шевцов А. та багато інших).

Результатами цих зусиль сьогодні стало подолання, довгий час властивого лікарській практиці, скептичного ставлення до дітей зі складними порушеннями опорно-рухового апарату та позиціонування думки, що «безнадійних дітей немає»; полімодальний принцип реабілітації; особистісно орієнтований, інтегрований, компетентнісний, інклюзивний підходи до розвитку, виховання і навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату; партнерство в корекційно-розвивальній роботі.

На теренах нашої країни перетворення допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату із констатувальної у дійову, відновлювальну, стало можливим завдяки зусиллям дитячих неврологів. Починаючи з другої половини 60-х років активно досліджувались питання диференційної діагностики і лікування різних форм дитячих церебральних паралічів, почали організовуватись спеціальні центри з відновлювальної терапії, відкривались перші спеціальні дошкільні заклади, школи та санаторії для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Щодо ситуації в освіті, то вона довгий час виглядала як парадокс: одна з найбільш залежних від якості освіти категорія дітей не отримувала належної уваги у спеціальній педагогіці. У цьому можна пересвідчитись, зокрема, звернувшись до аналізу стану та перспектив наукових досліджень в галузі дефектології, зроблених у кінці 70-х років ХХ століття І. Єременком [1].

Як невід'ємна складова спеціальної педагогіки, система медичних знань сприяє її фундаменталізації. За теоріями і концепціями, імплементаваними у практику, завжди стоять імена їх творців. У історію вітчизняної спеціальної освіти назавжди вписані імена видатних лікарів-педагогів: Е. Сегена, М. Монтессорі, В. Бехтерева, В. Кащенко, Г. Сухарєвої, М. Певзнер, І. Сікорського, А. Селецького, О. Теплицької, М. Рождественської та багатьох інших.

Вагомим здобутком М. В. Рождественської у розвитку клінічних аспектів спеціальної педагогіки стало вивчення дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Розпочавши у 1969 році викладацьку діяльність на кафедрі олігофренопедагогіки та психопатології дефектологічного факультету КДПІ імені О. М. Горького, досвідчений лікар-практик, кандидат медичних наук М. В. Рождественська вперше відкривала студентам основи психопатології, невропатології, неврологічні основи логопедії, клінічні особливості затримки психічного розвитку, розумової відсталості, дитячих церебральних паралічів тощо.

Досягненням у розвитку теорії і практики дитячої неврології та спеціальної психології у 1974 році стала розробка класифікації дитячих церебральних паралічів (Семенова К. О.). Було з'ясовано, що інтелектуальне недорозвинення не корелює з тяжкістю рухових порушень, а клініко-психологічна картина інтелектуального розвитку дітей цієї категорії має атиповий характер, що вимагало врахування у практиці навчання і виховання дітей. Оскільки до середини 70-х років інтенсивно розроблялись клінічні та лікувально-корекційні аспекти допомоги дітям з порушеннями рухової сфери, дидактичні та методичні проблеми вирішувались, головним чином, силами педагогічних колективів спеціальних шкіл, з опорою на матеріали загальноосвітньої школи. У процесі клініко-психологічного вивчення дітей цієї категорії, яке виявило значну своєрідність у структурі їх пізнавальної діяльності, було також з'ясовано

поєднання порушень рухової сфери з іншими відхиленнями у розвитку, що вимагало більш глибокої розробки корекційно-педагогічного аспекту проблеми.

Вагомою альтернативою за таких умов слугували методичні рекомендації, підготовлені М. В. Рождественською для працівників спеціальних навчальних закладів як результат узагальнення її різнобічної практичної і наукової діяльності. Йдеться, зокрема, про методичні рекомендації до вивчення особливостей інтелектуальних порушень у дітей. Специфіку інтелектуального порушення у дітей з церебральними паралічами дослідниця пояснювала атиповістю, клінічним поєднанням загального недорозвинення психічної діяльності з локальною симптоматикою. Автор наголошувала, що у складній структурі інтелектуальних порушень необхідно розрізняти первинне недорозвинення інтелекту, що виникає внаслідок органічного ураження мозку, і вторинну індивідуальну недостатність, зумовлену специфікою захворювання. Це дозволяло диференціювати основні клінічні варіанти затримки психічного розвитку у дітей з церебральними паралічами: первинна, що пов'язана з безпосереднім ураженням відповідних мозкових структур; вторинна, зумовлена вираженими рухальними порушеннями та умовами мікросередовища; змішана, з ознаками первинної і вторинної інтелектуальної недостатності [3; 7; 8].

Дослідниця підкреслювала, що для виділення окремих клінічних варіантів інтелектуального порушення у дітей з церебральними паралічами, необхідний ретельний аналіз психопатологічної картини хвороби з урахуванням результатів психолого-педагогічного обстеження, а також детальне визначення соматичного, неврологічного стану мовлення, органів чуття. Виявлення найбільш збережених інтелектуальних функцій у таких дітей сприяє визначенню перспектив навчання, виробленню шляхів і методів корекції інтелектуальних порушень.

Позиціонуючи динамічний підхід до перебігу дитячих церебральних паралічів, М. В. Рождественська наголошувала, що лише правильна організація педагогічної корекції порушених функцій і медична реабілітація уможливають використання наростаючої функціональної активності мозку хворої дитини. За умов своєчасно розпочатого і правильно організованого виховання та навчання спостерігається позитивна динаміка і прогноз клінічних проявів порушення психічного розвитку [3; 7; 8].

Надто важливим для сучасної інтеграційної ситуації в освіті, слід вважати позицію дослідниці, згідно з якою вторинна інтелектуальна недостатність, за відповідних умов, може бути подолана і дитина надалі може навчатись за програмою загальноосвітньої школи. З віком дитини, дозріванням вищих відділів центральної нервової системи, відзначається покращення інтелектуальної діяльності, розширення кола уявлень та інтересів, поступово вдосконалюється мислення дітей цієї категорії.

Вчена констатувала, що недостатньо правильно організоване з дошкільного віку навчання і виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату призводить до вираженої педагогічної занедбаності, негативно позначається на рівні освіти й соціальній адаптації. У випадках інтелектуальної недостатності з вираженою клінічною симптоматикою, подальший психічний розвиток і компенсація стану залежать від багатьох чинників: тяжкості інтелектуального недорозвинення, вираженості локальних симптомів (агнозії, апраксії, порушень мовлення, церебральної астенії, епілептичних нападів тощо) [3; 7; 8].

На часі не знижується науковий інтерес до результатів дослідження М. В. Рождественською особливостей емоційної сфери дітей з порушеннями опорно-рухового апарату: їх схильності до невротичних і неврозоподібних розладів, у першу чергу до страхів (висоти, зачинених дверей, темноти, нової обстановки тощо), підвищеної лякливості у випадках неочікуваних подразників тощо. У 1980 році з-під пера дослідниці виходить стаття, яка

висвітлює результати клінічних спостережень патологічного формування особистості у дітей і підлітків з церебральним паралічем [6].

Підкреслюючи відсутність чіткої класифікації особистісних порушень, недостатність вивчення механізмів виникнення патологічного формування особистості, їх клінічних форм та динаміки, М. В. Рождественська представила результати власних клінічних спостережень і дослідження особливостей патологічного формування особистості дітей та підлітків з церебральним паралічем. Зокрема, було визначено чинники, які зумовлюють складний механізм виникнення патологічного розвитку особистості у таких дітей та підлітків, а саме: органічну недостатність центральної нервової системи і своєрідну структуру інтелектуального порушення, на основі якого формується патологічний розвиток; рухову неспроможність, що вимагає постійної допомоги; своєрідну психологічну атмосферу навколо хворої дитини; психогенні чинники, серед яких – ступінь усвідомлення власної неповносправності та реакцію особистості на порушення; біологічні зрушення в період вікових криз.

Досліджені М. В. Рождественською клініко-психологічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату посідають домірне місце у вітчизняній науці та практиці. Висвітлюючи сучасні досягнення допомоги дітям цієї категорії, провідний український фахівець В. Козявкін справедливо зазначає, що «не можна жити минулим, і завтрашнім не варто – треба жити вже сьогодні. Звичайно, потрібно аналізувати зроблене, планувати майбутнє, але бути тут і зараз!» [2]. Тому сьогодні, в 10-літній ювілей кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології, ми віддаємо данину шани та вдячності людині, яка залишила нам у спадок результати своєї праці. Звертаючись до них сьогодні, пригадується відповідь М. В. Рождественської на запитання короткого інтерв'ю, взятого у вченої за життя: «Ваша головна риса?» «Манія досконалості. Любов до праці..». Потракуємо ці слова як побажання нам на наступне десятиліття розвитку допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату. І не тільки.

Список використаних джерел:

1. Еременко И. Г. (1977) Состояние и перспектива научных исследований в области дефектологии в Украинской ССР. *Журнал «Дефектология»*. №5. (С. 12-19).
2. Козявкін В. І. (2018) ДЦП - не вирок. Режим доступу: <https://issuu.com/407053/docs/1-68>
3. Методичні рекомендації до вивчення особливостей інтелектуального дефекту у дітей з церебральним паралічем (1996). Укл. М. В. Рождественська. (40 с.) К.: ІЗМН.
4. Рождественская М. В. (1990) Методические указания по изучению раздела курса «Основы анатомии и патологии нервной системы» для студентов заочного отделения. К.
5. Рождественська М. В., Руденко Л. М. (2009) Клінічні особливості ДЦП. *Навчальний посібник*. (80 с.). Вінниця: Вінницька обласна друкарня, Книга-Вега.
6. Рождественская М. В. (1980) К вопросу об изучении патологического формирования личности у детей и подростков с церебральным параличом. *Питання дефектології. Республіканський науково-методичний збірник*. Випуск 13. (С. 50-55). К.: Радянська школа.
7. Ханзерук Л. О. М. (2014) В. Рождественська. Внесок викладачів кафедри психокорекційної педагогіки у розвиток історії вітчизняної корекційної освіти: *навчальний посібник*. За редакцією І. П. Колесника, Г. С. Піонтківської. (С. 100-107) К.: НПУ імені М. П. Драгоманова.
8. Ханзерук Л. О., Карпенко О. В. (2013) Науково-практичний досвід М. В. Рождественської в аспекті історико-педагогічного аналізу проблеми навчання і виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в Україні. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. Вип. XXIII в трьох частинах, частина 2. Серія: соціально-педагогічна. (С. 115-121) Кам'янець-Подільський: Медобори.

Хоменко Світлана,
старший викладач кафедри педагогіки
та спеціальної освіти Дніпровського
національного університету
імені Олеся Гончара,
м. Дніпро, Україна

АТРИБУТИВНІ ОЗНАКИ ПРОЦЕСУ АБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

XXI століття характеризується новим етапом становлення реабілітаційного процесу, а саме, розвитком багатoproфільних організацій, побудованих на міжвідомчій основі, що забезпечують ефективну та своєчасну реабілітацію, абілітацію та супровід осіб з особливими потребами, а також їх інтеграцію в суспільство, яка згідно сучасного вектору розвитку спеціальної освіти має розпочинатися якомога раніше. Дані державної статистики, що свідчать про негативні тенденції в стані здоров'я дітей від самого народження, привели до необхідності створення служб ранньої допомоги та впровадження нових технологій в установах соціальної політики, охорони здоров'я та освіти. Тому на сьогоднішній день актуальним питанням для України є розробка стратегії і тактики створення єдиної державної системи раннього виявлення та комплексної допомоги дітям з відхиленнями у розвитку та їх сім'ям шляхом оптимізації процесу абілітації дітей раннього віку на основі міждисциплінарного та сімейно-центрованого підходів.

У статті 26 «Абілітація та реабілітація» Конвенції про права осіб з інвалідністю [2] метою абілітаційних і реабілітаційних послуг та програм визначено надання особам з інвалідністю можливості досягнення і збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Зазначено також, що абілітаційні та реабілітаційні послуги і програми мають починатися вже в ранньому віці, ґрунтуватися на багатoproфільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда.

Термін «абілітація» походить від латинського «habilis», який означає «бути спроможним». У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [1] зазначено, що абілітація – це система заходів, спрямованих на опанування особою знань і навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування. Маючи на увазі допомогу в ранній період життя дитини, ми говоримо про процес абілітації, який спрямований на розвиток несформованих функцій і навичок, реабілітація ж, в свою чергу, забезпечує відновлення втрачених через травму чи захворювання функцій. Тобто поняття абілітації є ширшим, оскільки зосереджує увагу не тільки на функціональному обмеженні як відхиленні від нормального розвитку, охоплює не тільки процес лікування або модифікації фізичних чи розумових розладів, а включає й навчання дитини досягати важливих функціональних цілей альтернативними способами, якщо звичайні неможливі, адаптувати навколишнє середовище задля компенсації відсутніх функцій [5].

В контексті нашого дослідження звернемо увагу на деякі атрибутивні ознаки процесу абілітації, які майже не висвітлені у науковій літературі, але мають важливе значення для вивчення проблематики ранньої допомоги дітям з психофізичними порушеннями різних нозологій.

У тлумачному словнику С. Ожегова атрибут розглядається як необхідна, постійна ознака [4]. Говорячи про атрибутивні ознаки процесу абілітації, ми розглянемо суттєві положення, які необхідно враховувати фахівцям в роботі.

Атрибутивною ознакою процесу абілітації є формування відсутніх здібностей. Абілітаційні послуги мають бути спрямовані на розвиток у дитини функцій і здібностей, які в нормі з'являються без спеціальних зусиль оточуючих, а у дитини з обмеженнями життєдіяльності можуть з'явитися тільки в результаті цілеспрямованої роботи.

Таким чином, атрибутивною ознакою абілітації є розвиток природних функцій і здібностей, які характеризуються поняттям норми.

Отже, для того, щоб організувати процес абілітації, необхідно розглянути норму розвитку функцій дитячого організму (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків, далі МКФ-ДП), рухових функцій (МКФ-ДП), психічних функцій (МКФ-ДП), соціальних функцій (активність і участь МКФ-ДП) [3].

Пропоновані послуги можна диференціювати за типами обмежень. Наприклад, для дітей з ДЦП пропонуються наступні послуги: розслаблення м'язів, підбір пози для занять, проведення корекції рухових порушень, зняття неправильних установок тіла і надання дитині можливості оволодіти активними рухами, розвиток вміння утримувати голову, адаптація дитини до положення на животі, вироблення рефлексів повороту очей і голови на світло і звук, вироблення розгинальних рефлексів тулуба, розвиток опорної функції руки, вироблення здатності спиратися на руки, відпрацювання кистей і пальців рук, корекція затримок психічного та мовленнєвого розвитку, стимулювання розвитку рухо-моторних зв'язків, розвиток передумов до інтелектуальної діяльності (фіксація погляду, уваги, спостережливості), розвиток навичок самообслуговування, розвиток руху, дихання, рівноваги, розвиток мовлення, слухової уваги, диференційованого слуху (музика), розвиток міміки і артикуляції, синхронізація голосу, дихання, артикуляції. Якщо представлені послуги згрупувати, то можна побачити, що для дітей з ДЦП пропонуються послуги по відновленню функцій руху, психічних функцій, соціальних функцій. [3; 6].

Для сліпих і слабозорих дітей пропонуються наступні послуги абілітації: тренування слуху і шкірного сприйняття, навчання грамоті за допомогою Брайля, розвиток відчуття дотику, розвиток пізнавальної діяльності за допомогою вербалізації практичних дій, розвиток навичок активної трудової діяльності, використання досягнень біоніки і електроніки в навчанні, використання залишків зору, розвиток оптичної уваги, розвиток просторового сприйняття. Тобто абілітаційні послуги сліпим і слабозорим дітям орієнтовані переважно на розвиток сенсорної та пізнавальної сфери [3; 6].

Для глухих і слабочуючих дітей пропонуються наступні абілітаційні послуги: визначення залишкового слуху, організація пізнавальної діяльності з використанням зорових, тактильних і вібраційних відчуттів, освоєння міміко-жестової мови, складання слів і фраз, розвиток здатності зчитувати мовленнєвий матеріал з губ співрозмовника, формування тактильного (пальцевого) мовлення, навчання користуватися телефоном за допомогою азбуки Морзе, розвиток залишків слуху. Як бачимо, абілітаційні послуги для глухих і слабочуючих орієнтовані на розвиток сенсорної (зорової, тактильної) сфери, пізнавальної сфери, сфери комунікації [3; 6].

Запропоновані абілітаційні послуги не в повному обсязі відображають домени активності і участі, психічних функцій, функцій дитячого організму МКФ-ДП. Класифікатор дозволяє максимально деталізувати процес абілітації, формулювати адекватні цілі абілітаційного процесу по компенсаторному розвитку [3; 6].

Таким чином, абілітація спрямована на розвиток природних функцій дитини. Спрямованість діяльності по абілітації обумовлена рівнем і ступенем обмеження життєдіяльності (функцій організму), спрямована на інтенсивний розвиток збережених психічних та соціальних функцій організму або сфер життєдіяльності (сенсорної, пізнавальної, комунікативної).

Список використаних джерел:

1. Закон України Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні від 06.10.2005 р. № 2961-IV [Електронний ресурс]. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/t052961?an=0&ed=2020_01_01 (дата звернення: 12.03.2021).
2. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) ООН від 13.12.2006 [Електронний ресурс]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення: 10.03.2021).
3. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків [Електронний ресурс]. URL: <https://moz.gov.ua/mkf> (дата звернення: 10.03.2021).
4. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. 4-е изд., доп. Москва : Азбуковник, 2000. 940 с.
5. Панченко Т.Л., Заплатинська А.Б. Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. Народна освіта. 2018. Вип. 3. С. 12-18. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NarOsv_2018_3_4 (дата звернення: 12.03.2021).
6. Реабилитация, абилитация и сопровождение детей с ограничениями жизнедеятельности в Свердловской области. Сборник научно-методических материалов. Екатеринбург: Раритет, 2017. 93 с.

УДК: 373.3:159.953-056.34

Цимбалюк Анастасія,

магістрант 1 курсу кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології НПУ ім. М. П. Драгоманова
м. Київ, Україна.

Керівник: **Черненко Тетяна,** старший викладач кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології НПУ ім. М. П. Драгоманова

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПАМ'ЯТІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Актуальність теми дослідження. Успішність організації освітнього процесу залежить від стану сформованості у дітей психічних функцій, основна роль серед яких належить пам'яті. Недостатній розвиток процесів пам'яті є причиною труднощів, особливо у дітей молодшого шкільного віку, які мають дитячий церебральний параліч (далі – ДЦП), при опануванні знаннями, уміннями та навичками. Одним із ускладнень при такому діагнозі є проблеми із розвитком пам'яті, запам'ятовуванням. Це обумовлено ще й тим, що дитина з церебральним паралічем іноді стає частково ізольованою від суспільства. Проблеми з розвитком функцій опорно-рухового апарату не дають дитині можливості самостійно пересуватися і відповідно обмежують її у спілкуванні з однолітками, дорослими, не сприяють соціалізації [2, с. 161].

Мета статті полягає у висвітленні наукових підходів до розкриття особливостей розвитку пам'яті у дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Виклад основного матеріалу. У словнику психічних термінів зазначається: «Пам'ять – психічний процес, який полягає в закріпленні, збереженні, наступному відтворенні та забуванні минулого досвіду, дає можливість його повторного застосування в життєдіяльності людини [11]».

У психології пам'яттю позначають комплекс пізнавальних здібностей і вищих психічних функцій з накопичення, збереження та відтворення знань і навичок. Пам'ять у різних формах і видах притаманна всім вищим істотам. Найрозвиненіший рівень пам'яті характерний для людини. Найважливіша особливість психіки людини полягає в тому, що відображення зовнішніх впливів постійно використовується людиною в його подальшій поведінці. Постійне ускладнення поведінки здійснюється внаслідок накопичення індивідуального досвіду. Формування досвіду було б неможливе, якби образи зовнішнього світу, що виникають у корі головного мозку, зникали безслідно. Вступаючи в різні зв'язки між собою, ці образи закріплюються, зберігаються і відтворюються відповідно до вимог життя і діяльності.

Пам'ять становить собою один з провідних компонентів пізнавальної діяльності та тісно взаємодіє з усіма психічними процесами і особистістю в цілому. Продуктивність багато в чому залежить від стану сприймання, мислення, мовлення, емоційно-вольової сфери. У свою чергу, порушення в діяльності пам'яті негативно відбивається на становленні і розвитку цих процесів [9]. Види пам'яті визначають за такими критеріями:

- залежно від характеру матеріалу, що запам'ятовується - пам'ять може бути вербальною, образною, емоційною;
- з огляду на те, який аналізатор найбільше залучений до сприймання інформації, що запам'ятовується, виділяють - зорову, слухову, тактильну та інші види пам'яті;
- з урахуванням тривалості збереження пам'ять поділяється на довготривалу, короткочасну та оперативну;
- інформація може фіксуватись - мимовільно та довільно.

У найзагальніших рисах пам'ять можна визначити як сукупність психічних процесів організації і збереження минулого досвіду, що дозволяють використовувати цей досвід надалі. До цих процесів, так званих в психології мнемічними, належать запам'ятовування, збереження, впізнавання, пригадування (відтворення), забування.

Проблемі психічних порушень у дітей, які страждають на ДЦП, присвячена значна кількість робіт вітчизняних фахівців (Л. Данилова, Е. Каліжнюк, Є. Кириченко І. Левченко, Е. Мастюкова). Результати наукових досліджень з вивчення особливостей розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем, шляхів і засобів корекції їх розвитку висвітлені у працях науковців Е. Архипова, Л. Бадалян, Л. Данілова, Л. Журба, Р. Лалаєва, Е. Мастюкова, О. Тімоніна, Л. Шіпіцина і інших).

За даними дослідження П. Зінченко пам'ять дітей молодшого шкільного віку з ДЦП переважно носить мимовільний характер. Отже, діти частіше за все не ставлять перед собою усвідомлених цілей що-небудь запам'ятати. Запам'ятовування і пригадування відбувається незалежно від їх волі і свідомості. Вони відбуваються в діяльності і знаходяться в залежності від її характеру. Діти запам'ятовують те, на що було звернуто їх увагу в діяльності, що справило на них враження, викликало цікавість.

На думку А. Леонтєва, у молодших школярів з ДЦП більш розвинена наочно-образна пам'ять (конкретні відомості, події, особи, предмети, факти). Разом з тим у процесі навчання створюються сприятливі умови для розвитку більш складних форм словесно-логічної пам'яті (визначення, опису, пояснення). Вивчаючи феномен пам'яті, Л. Виготський вказує нам на те, що

у дітей молодшого шкільного віку збільшується обсяг пам'яті. Але сам процес розвитку пам'яті відбувається нерівномірно.

Образна пам'ять включає в себе зорову, слухову, сенсорну, нюхову, смакову і деякі інші види пам'яті. Вона тісно пов'язана зі сприйманням і ґрунтується на ньому. Образи сприймання закріплюються в пам'яті. Таким чином, всі недоліки сприймання у дітей з ДЦП визначають недоліки образної пам'яті. Наприклад, астигматизм не дає можливості дитині створити цілісне оптичне уявлення про предмет. Образ сприймання виявляється нечітким, «рваним», фрагментарним і спотвореним. Таким же він і «закладається» до пам'яті.

Почасти у дітей з ДЦП спостерігається порушення слухового сприймання. Наприклад, дитині кажуть: «коса» – і показують на картинку з її зображенням. Дитина з порушеннями фонематичного слуху чує це слово як «коза» і знімає картинку в пам'яті. Таким чином, порушення фонематичного сприймання призводить до невірної запам'ятовування.

Варто зазначити, дослідження І. Мамайчук і Е. Бахматової виявили, що неможливість послідовного зорово-чуттєвого сприймання призводить до того, що образ відрізняється фрагментарністю, нечіткістю, спотворенням, дитині не вдається оцінити контури предмета, його форму, деталі, пропорції, його фактуру та інші особливості [9].

Рухова пам'ять, тобто запам'ятовування, збереження, відтворення рухів, розвивається у дітей з ДЦП із запізненням і вельми своєрідно. Це обумовлено тяжкістю рухової патології при ДЦП.

У ході досліджень І. Мамайчук, Е. Бахматової, спрямованих на вивчення слухомовленнєвої механічної пам'яті у дітей з ДЦП (пропонувалося запам'ятати 10 слів і цифр), було виявлено, що у частини дітей є істотні труднощі в утриманні запам'ятовування. При повторенні діти порушували порядок цифрового і словесного рядів, додавали слова і цифри, що не зустрічалися в тексті. Аналогічні помилки спостерігалися і при запам'ятовуванні матеріалу, що пред'являвся в зоровій модальності.

У деяких дітей з ДЦП механічна пам'ять за рівнем розвитку може відповідати віковій нормі або перевищувати її, тоді механічна пам'ять на початкових етапах навчання допомагає освоювати рахунок і читання. Однак, слід зауважити, при цьому спостерігається механічне запам'ятовування порядку проходження явищ та їх назв. Діти правильно перераховують сезонні зміни, частини доби і дні тижня, але плутають те, що вже було, з тим, що настане, тобто у них виникають труднощі в осмисленні, розумінні суті явищ.

Словесно-логічна пам'ять передбачає достатній рівень розвитку мовлення і мислення, а оскільки ці функції у дітей згаданої категорії, як правило, формуються із запізненням, то і даний вид пам'яті затримується у своєму становленні. Таким чином, у дітей з ДЦП спостерігається специфічний розвиток пам'яті та своєрідність формування мнестичної діяльності [4]. Пам'ять вже набуває самостійності – дитина навчається володіти спеціальними діями, котрі дають можливість зберегти у пам'яті побачене або почуте, виразного пізнавального характеру, більш свідомо й організовано. При цьому, наочно-образна пам'ять більш розвинена, ніж логічна – діти краще запам'ятовують конкретні предмети й факти, ніж визначення й пояснення, схильні до механічного запам'ятовування шляхом повторення, без усвідомлення смислових зв'язків. Це пояснюється тим, що вони ще не вміють диференціювати завдання запам'ятовування (що треба запам'ятати дослівно, а що загалом). Тому спостерігаємо випадки, коли діти віддають перевагу дослівному запам'ятовуванню, а не переказу. Дослівне відтворення пояснюється тим, що діти цього віку не володіють ще у достатній мірі мовою, щоб вільно передавати зміст матеріалу власними словами. Боячись спотворення при відтворенні, прагнуть запам'ятати все дослівно. Не характерною є здатність правильно організувати смислове запам'ятовування: не вміють

розбивати матеріал на смислові групи, виділяти опорні пункти для запам'ятовування, складати план тексту тощо. Водночас у цей період значно підвищується здатність до заучування та відтворення. Зростає продуктивність запам'ятовування навчального матеріалу. Особливо інтенсивно розвивається словесно-логічна пам'ять. Запам'ятовування у дітей першого класу недостатньо цілеспрямоване. Лише у третьому класі зростає цілеспрямованість, а заучування набуває мотивованого характеру. До кінця молодшого шкільного віку в учнів повинна сформуватися здатність до запам'ятовування і відтворення змісту та сутності матеріалу. Дуже важливо, щоб діти вміли правильно ставити цілі для запам'ятовування, адже саме від мотивації залежить продуктивність навчання, а отже й успішність у дітей молодшого шкільного віку. Таким чином, пам'ять можна визначити як здатність до отримання, зберігання і відтворення життєвого досвіду.

Погоджуємося з думкою науковців, що пам'ять у зазначеної категорії дітей відрізняється недостатністю обсягу запам'ятовування, труднощами приймання, зберігання і відтворення інформації. У дітей з ДЦП також спостерігається істотне недорозвинення опосередкованого запам'ятовування, обумовлене труднощами смислової організації матеріалу, що запам'ятовується.

Отже, для визначення особливостей розвитку пам'яті у дітей молодшого шкільного віку, необхідне проведення компетентного психолого-педагогічного обстеження. Психологічне обстеження дітей молодшого шкільного віку з ДЦП є складним. Це обумовлено руховою патологією, а також наявністю у більшості дітей інтелектуальних, мовленнєвих і сенсорних порушень. Тому обстеження дітей молодшого шкільного віку з ДЦП має бути спрямовано на якісний аналіз отриманих даних. Запропоновані дітям завдання повинні бути не тільки адекватні їх біологічному віку, а й рівню сенсорного, моторного та інтелектуального розвитку. Процес обстеження необхідно проводити у формі, доступній дітям молодшого шкільного віку. Особливу увагу слід звернути на рухові можливості молодших школярів з ДЦП.

Науковці, педагоги-практики, психологи рекомендують до використання підбір методик для діагностики пам'яті у дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем: «Десять слів», «Пам'ять на образи», «Запам'ятай пару», «Відтворення розповіді», «Розвиток рухової пам'яті» та інші. Саме вони спрямовані на виявлення стану розвитку зорової пам'яті, довільного запам'ятовування, особливостей смислової пам'яті, обсягу слухомовленнєвого запам'ятовування, логічної і механічної пам'яті, рухової пам'яті та для дослідження особливостей опосередкованого запам'ятовування.

Висновки. У ході дослідження встановлено, що вивчення проблеми розвитку особливостей пам'яті у дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем було предметом наукових розвідок багатьох вітчизняних науковців. У дітей з церебральним паралічем спостерігається специфічний розвиток пам'яті і своєрідність у формуванні мнемічних процесів, що необхідно враховувати при побудові і реалізації корекційного навчання і виховання. Підсумовуючи вищезазначене, приходимо до висновків про важливість знань про розвиток особливостей пам'яті у дітей даної категорії. Робота з дітьми молодшого шкільного віку, які мають дитячий церебральний параліч вимагає використання різноманітних методик для діагностики різних видів, процесів пам'яті, так, як це важливо для початку навчальної діяльності. Адже вони сприяють своєчасній діагностиці, корекції та розвитку пам'яті, а надалі профілактиці порушень розвитку вищих психічних процесів, що є необхідними в оволодінні освітнім процесом.

Список використаних джерел:

1. Бадоян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Дитячий церебральний параліч. К.: Здоров'я, 1998. 427 с.
2. Войтов А. Г. Психомоторное системы развитие детей с выраженным дефектом в развитии: монография. М.: Мир, 2011. 161 с.
3. Зінченко П. І. Мимовільне запам'ятовування. М: Изд-во АПН РРФСР, 1961. 562 с.
4. Кузнєцова Л. В. Основи спеціальної психології: Учеб. посібник для студ. середовищ. пед. навч. закладів. М.: Видавничий центр «Академія», 2002. 480 с.
5. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Издательство МГУ , 1981. 412 с.
6. Лубовский В. И. Специальная психология. М.: «Академия», 2007. 464 с.
7. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2001. 220 с.
8. Мастюкова Е. М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами. *Дефектология*. 2007. №6. С. 42-47.
9. Ульяновская М. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. М.: Изд-во ЕКСМО - Прес, 2000.
10. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом. М.: Теревинф, 2006. 152 с.
11. Шапур В. Б. Новейший психологический словарь. Ростов н/Д: «Феникс», 2007. 807 с.

УДК 376-056.313:028.5(043)

Чайковська Карина,

студентка ІV курсу факультету дошкільної та корекційної освіти та історії Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради (Харків, Україна)

Керівник: **Проскурняк Олена Ігорівна**, Доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри корекційної освіти та спеціальної психології

ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЧИТАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШИХ КЛАСІВ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУ

Формування навичок читання є не лише умовою успішного навчання дітей з порушенням інтелекту, але й запорукою їхньої соціалізації, адаптації та інтеграції у соціумі.

Сучасне розуміння про навички читання базуються на фундаментальних дослідженнях Л. Цветкової, А. Лурія, П. Анохіна, Л. Виготського та інших вчених, які розглядають вищі психічні функції як складні системи, що мають багаторівневу ієрархічну будову. У функціональній системі читання тісно пов'язані один з одним мовні і зорові компоненти, кожен з яких вносить специфічний внесок у формування певних операцій читання.

Якщо враховуючи особливості розвитку дітей з інтелектуальним недорозвитком та їх можливості в оволодінні мовленнєвим розвитком взагалі, та граматичним ладом зокрема, то слід зазначити, що подібні порушення можуть бути виправлені тільки в результаті вчасно спеціально організованої корекційної роботи [3].

У спеціальну школу приходять діти, які різняться за віковими та типологічними особливостями, за рівнем дошкільної підготовки та психологічної готовності до навчання у школі. Ця обставина вимагає від учителя максимальної гнучкості та підготовки при плануванні занять з учнями.

Вже з перших днів навчання дітей читанню програма зобов'язує вчителя виправляти недоліки у вимовлянні учнями окремих звуків та звукосполучень, розвивати та удосконалювати функціональність органів артикуляції, формувати вміння змінювати силу і висоту, темп мовлення залежно від конкретних умов спілкування [4].

Особливо важливим питанням на сьогодні є забезпечення своєчасного психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами протягом усіх вікових етапів їхнього індивідуального розвитку.

Формування навичок читання учнів спеціальної школи характеризується великою кількістю помилок (заміни, повтори, пропуски, додавання букв, складів, слів) і їх стійкістю. У свою чергу недосконалість правильності читання ускладнює вироблення навички швидкого і виразного читання, усвідомлення читаного тексту [3].

На думку ряду дослідників, психофізіологічною основою труднощів читання є уповільнений темп прийому і переробки зорового сприймання інформації, труднощі встановлення асоціативних зв'язків між зоровим, слуховим і мовно руховим центрами, що беруть участь у процесі читання.

Спираючись на дослідження, діти з порушеннями інтелекту виявляються не готовими до початку навчання, а також до навчальної діяльності на уроках читання. Вони приходять в спеціальну школу, не знаючи букв, не володіючи елементарними фонематичними уявленнями, з недоліками зорового сприйняття. За рахунок неоднорідності контингенту класу спеціальної школи за характером і мірою сенсорної, мовленнєвої та інтелектуальної недостатності, діти у процесі навчання виявляються на різних етапах оволодіння навичкою читання. У міру ускладнення програмних вимог до рівня розвитку навичок читання виникає ряд нових труднощів.

У зв'язку з великою поширеністю порушень навичок читання і їх значною стійкістю в учнів з порушенням інтелектуального розвитку проблема пошуку способів і прийомів, що сприяють найбільш ефективному формуванню навичок читання (швидкість, усвідомленість, правильність, виразність) є актуальною і практично значущою для корекційної педагогіки.

Дитина молодших класів з порушенням інтелекту опановує навичку читання значно довше, ніж дитина з нормою розвитку. Навчання читання у дітей з порушенням інтелекту розтягується в часі, а проміжки між ступенями значно триваліші. Якщо в учнів загальноосвітньої школи формування навички читання протікає настільки швидко, що окремі етапи цього процесу буває важко визначити, то в ході формування навички читання дитини з порушенням інтелекту кожен етап помітно відразу[1].

Т.Г. Єгоров вважав, що основними етапами процесу формування навички читання є аналітичний етап – опанування частин цілого, синтетичний етап – виникнення і становлення цілісної структури дії – і етап автоматизації – уточнення і закріплення зв'язків, сформованих в учнів на перших двох етапах оволодіння навичкою читання. У навчанні дітей з порушенням інтелекту всі три етапи добре простежуються, оскільки вони розтягнуті в часі:

- весь перший рік і перше півріччя другого класу діти перебувають на етапі аналітичного читання;
- друга половина другого року навчання і весь третій клас – це проміжний період між аналітичним та синтетичним читанням;
- у четвертому і п'ятому класах повинен бути закінчений етап синтетичного читання, але такий перехід характерний не для всіх школярів з порушенням інтелектуального розвитку;
- проміжним між другим і третім етапами є шостий клас;

- сьомого класу школярі повинні освоїти автоматизоване читання[2].

Як показують дослідження, не всі діти з порушенням інтелекту досягають автоматизму в читанні, адже мають порушення правильності, швидкості, усвідомленості й виразності.

Важливо, що завдяки ефективному формуванню навички читання у школярів з порушенням інтелекту можливе усвідомлене сприйняття змісту тексту та навіть наближення до успішного навчання у школі.

У методиці читання учнів з порушенням інтелекту варто виділяти загальні й часткові принципи, оскільки важливим, крім загальнодидактичних, є дотримання власне методичних принципів [5].

Побудова педагогічного процесу на уроках читання у спеціальній школі загалом визначається загальними принципами спеціальної методики, реалізація яких забезпечує вирішення мети навчання та його завдань. Часткові принципи спрямовані на забезпечення методичних вимог до побудови роботи над кожним твором. Вони відображають психологічні особливості читацької діяльності розумово відсталих учнів, засвоєння ними її компонентів, різних видів читання. Закономірно, що загальні принципи впливають на часткові, методичні, відображаючись у них. Методичні принципи навчання читанню учнів, які мають порушення інтелектуального розвитку – це система взаємопов'язаних вимог або правил, в основі якої лежать методологічно важливі положення. Якщо формування читацької діяльності школярів з порушенням інтелекту базується на загальних закономірностях оволодіння читацькою діяльністю в нормі, то варто враховувати її прояви у читацькому розвитку учнів з порушенням інтелекту. Педагогічний процес, у якому відбувається читацький розвиток школярів з вадами інтелекту стає таким, що вимагає використання особливих педагогічних умов, спрямованих на корекцію сенсомоторної, інтелектуальної, вольової сфер [5].

Список використаних джерел:

1. Визель Т. Г. Нарушения чтения и письма у детей дошкольного и младшего школьного возраста : учеб.-метод. пособие. Москва: АСТ, 2005. 125 с.
2. Егоров Т. Г. Психология овладения навыком чтения. Москва: АПН РСФСР, 1953. 263 с.
3. Красильникова О. А., Нікітіна М. І. Развитие мовлення на уроках читання. СПб, 2006. 256 с.
4. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей особливостями у розвитку до шкільного навчання : діагностика формування (нейропсихологічний супровід). Київ: Вид-во Нац. пед. ун-ту імені М. П. Драгоманова, 2008. 294 с.
5. http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/10876/1/vyokreml_vlasne.pdf

УДК: 376.2:159.93

Чеботарьова Олена,
кандидат педагогічних наук,
завідувач відділу освіти дітей
з порушеннями інтелектуального розвитку
Інституту спеціальної педагогіки і психології
імені Миколи Ярмаченка НАПН України,
м. Київ, Україна

СУЧАСНІ ПРАКТИКИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ ТА ІНТЕЛЕКТУ В УМОВАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОСВІТИ

Освіта осіб з комплексними порушеннями психофізичного розвитку визначається їх особливими освітніми потребами, здійснюється у спеціально організованому

здоров'язбережувальному середовищі і спрямована на формування у них доступної життєвої компетентності з метою соціальної адаптації та інтеграції у суспільство. Сьогодні в Україні особлива увага приділяється компетентнісно орієнтованій освіті учнів, показниками якої є максимальна самореалізація кожної дитини в різних сферах життєдіяльності з урахуванням її індивідуальних психічних і фізичних особливостей.

Окреслені освітні зміни щодо запровадження компетентнісного підходу відображено в Законі «Про освіту», Концепції Нової української школи, Державному стандарті початкової освіти, Типових освітніх програмах навчання учнів з особливими освітніми потребами.

У процесі компетентнісного навчання школярі повинні не лише засвоїти певні знання, оволодіти вміннями та навичками, а й навчитися застосовувати їх у повсякденній практичній діяльності. Компетентнісний підхід дає змогу учням одночасно вивчати новий матеріал, навчатися міркувати, практично діяти, шукати ефективні способи вирішення проблемних ситуацій, співпрацювати з однолітками [2].

Досягнення такого результату вимагає теоретичної і практичної підготовки фахівців, педагогічної майстерності, а також їх особистісної готовності до професійної діяльності.

Сучасні практики навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту реалізуються у світлі компетентнісно-орієнтованої освіти, спрямованої на особистісне зростання учнів, розвиток їхніх пізнавальних здібностей, компетентностей та наскрізних умінь відповідно до вікових та індивідуальних можливостей та «особливих потреб».

Поняття «особливі потреби» передбачає педагогічні рішення, пов'язані з самою дитиною, з її освітою, вихованням, з поліпшенням її життєвої, навчальної ситуації [4].

Зокрема, у процесі корекційно-розвивального супроводу учнів з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту педагоги визначають механізми організації своєї діяльності шляхом побудови спеціального освітнього простору. Їхня діяльність спрямовується на:

- використання сучасних технологій і методів навчання, які сприяють не тільки успішній реалізації освітніх завдань, а й створенню умов для накопичення учнем соціального досвіду, розвитку сенсомоторної, емоційно-вольової, комунікативної сфери, корекції негативних проявів поведінки, порушень пізнавальної діяльності;
- організацію процесу навчання, яке передбачає пропедевтичний етап, що забезпечує необхідну стартову готовність школярів до засвоєння програмного матеріалу;
- формування мотивації, навичок самоконтролю та активізацію пізнавальної діяльності учнів, позитивного ставлення їх до навчання;
- забезпечення індивідуального темпу засвоєнням учнями знань, коли нова інформація надається у вигляді невеликих фрагментів, з наданням дозованої допомоги вчителя (покрокового контролю, інструкції, пред'явлення зразка, спільного виконання завдань, тощо);
- дозування інтелектуального, емоційного та фізичного навантаження в освітньому процесі;
- адаптацію змісту навчального матеріалу відповідно пізнавальних можливостей учнів. Це забезпечується на основі вибору доступного навчального матеріалу, зниження обсягу і глибини інформаційного матеріалу, збільшення кількості часу, необхідного для засвоєння теми, сповільнення темпів навчання. Разом з тим знання, вміння і навички, що формуються в учнів з порушеннями опорно-рухової сфери та інтелекту, повинні бути цілком достатні для того, щоб підготувати їх до самостійного життя в суспільстві та оволодіння професією;
- використання специфічних методів і прийомів, що полегшують засвоєння навчального матеріалу. Наприклад, розчленування складного для учня навчального матеріалу на

певні складові й вивчення кожної складової окремо – метод маленьких порцій. Складні дії розбиваються на окремі операції, навчання здійснюється поопераційно;

- реалізацію навчання на основі предметно-практичної діяльності, в ході виконання якої учнями можуть бути засвоєні елементарні абстрактні поняття;
- забезпечення постійного контролю та конкретної допомоги учням з боку вчителя на основі додаткових пояснень і показу способів та прийомів роботи, використання дидактичних ігор та вправ під час засвоєння подачі матеріалу;
- реалізацію корекції та розвитку психічних процесів, мовлення, загальної та дрібної моторики шляхом формування уявлень про навколишній, збагачення усного мовлення, навчання послідовному виконанню навчальних завдань;
- формування навичок соціальної поведінки, спілкування та взаємодії з однолітками та дорослими;
- створення психологічно комфортного для учнів з порушеннями опорно-рухової сфери та інтелекту навчального середовища із забезпеченням ситуацій успіху на уроках та під час різних видів діяльності.

Корекційно-розвивальне навчання учнів з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту реалізується під час вивчення навчальних предметів, інтегрованих курсів, та на спеціально-організованих у освітньому закладі корекційно-розвивальних заняттях, які передбачають наступні напрями розвитку: *психосоціальний* (пізнавальний, сенсорний, емоційно-ціннісний розвиток); *мовленнєвий* (розвиток мовлення та навичок комунікації, в т. числі з використанням альтернативних засобів); *соціально-побутовий* (розвиток соціально-побутових навичок, соціальної поведінки, соціальної взаємодії), *лікувально-оздоровчий* (розвиток фізичної сфери, координації рухів, профілактично-оздоровчі заходи); *музично-ритмічний* (психоемоційний, психомоторний, естетичний розвиток) [1].

Науково доведено ефективність як вітчизняних корекційно-абілітаційних технологій, так і світових, які передбачають заняття з дітьми з комплексними порушеннями розвитку з використанням методик *сенсорної інтеграції*, *ерготерапії*, *базальної стимуляції та нейрокорекції* (активізації психічних функцій). Усі окреслені напрями корекційно-розвивального навчання учнів з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту висвітлено у матеріалах сучасних навчально-методичних посібників, розроблених співробітниками відділу освіти дітей з порушеннями інтелектуального розвитку Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України спільно з практичними працівниками експериментальних закладів освіти [1, 2, 3,4].

Практичне значення результатів дослідження полягає у використанні у практиці навчання учнів з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту комплектів корекційно-розвивальних програм та корекційно-розвивальних технологій навчання та підтримки дітей з комплексними порушеннями розвитку, які мають ураження інтелектуальної, сенсомоторної мовленнєвої, особистісної сфер розвитку.

Також розроблено методичне забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту та їхніх родин, що забезпечується на основі реалізації корекційно-адаптаційних технологій навчання, реалізації алгоритму розроблення індивідуального освітнього маршруту, індивідуальної програми розвитку, організаційно-педагогічного забезпечення корекційно-розвивального освітнього середовища. Представлені технології спрямовані на розвиток у дітей мовлення, ігрової, трудової, самообслуговуючої діяльності, сенсорного, статевого виховання, соціально-побутової адаптації, формування здоров'язберезувальних навичок, математичних та природничих уявлень. В основу авторських

розробок покладено сучасне розуміння особливостей розвитку дітей з комплексними порушеннями, формування у них ціннісних позицій, поглядів, переконань, мотивів, опанування способів діяльності, вироблення адекватної моделі соціальної поведінки, що забезпечується насамперед у процесі спеціального навчання та психолого-педагогічного супроводу [3].

Розроблені корекційно-розвивальні технології навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку, представлені у посібниках, сприяли розвитку психолого-педагогічної компетентності педагогів спеціальних та інклюзивних закладів загальної середньої освіти, де навчаються та отримують психолого-педагогічну підтримку та допомогу діти з комплексними порушеннями розвитку.

Активний обмін інформацією під час науково-практичних заходів (конференцій, семінарів, круглих столів, вебінарів, майстер-класів та ін.), які проводяться науково-дослідними установами, закладами вищої освіти спільно з експериментальними навчальними закладами, сприяє поширенню науково-експериментальних напрацювань в практику навчання дітей означеної категорії, адаптацію зарубіжних освітніх ідей до освітніх умов в Україні, а також взаємному збагаченню у сфері розвитку професійної компетентності педагогів.

Список використаних джерел:

1. Корекційно-розвивальні технології навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку: навчально-методичний посібник / Чеботарьова О. В., Блеч Г. О., Гладченко І. В., Трикоз С. В., Сухіна І. В., Мякушко О.І., Бобренко І. В. К., ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 148 с.
2. Особливості реалізації компетентнісного підходу в освіті дітей з інтелектуальними порушеннями: навчально-методичний посібник / О. Чеботарьова, Г. Блеч, І. Бобренко, І. Гладченко, О. Мякушко, С. Трикоз, І. Сухіна. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2019. 450 с.
3. Психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями: навчально-методичний посібник / авт.: Чеботарьова О. В та ін. Харків: Видавництво «Ранок», 2020. 256 с.
4. Чеботарьова О. В. Учні початкових класів із порушеннями інтелектуального розвитку: навчання та розвиток: навчально-методичний посібник / О. В. Чеботарьова, І. В. Гладченко. Харків : Вид-во «Ранок», 2020. 128 с.

УДК 616-08-035

Черепанова Ирина,

кандидат психологических наук, доцент,
г. Могилев, Беларусь

Габьева Лариса,

методист ГУ «Мстиславский учебно-методический кабинет»,
г. Мстиславль, Беларусь

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Процессы интеграции и инклюзии, происходящие в образовании, влияют на организацию подготовки кадров учителей-дефектологов, осуществляющих обучение, воспитание, оказание коррекционно-педагогической помощи детям с различными проблемами.

Учитель-дефектолог сегодня востребован в образовательных и реабилитационных учреждениях систем образования, здравоохранения и социальной защиты. Усложнились и категории лиц, с которыми работают специалисты – кроме детей с тяжелыми нарушениями речи, это и дети с расстройствами аутистического спектра, с тяжелыми и (или) множественными

нарушениями. Появились запросы для участия учителей-логопедов в системе паллиативной помощи.

По определению Всемирной организации здравоохранения (2002), паллиативная помощь – это подход, который, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике, безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем, улучшает качество жизни пациентов, столкнувшихся с угрожающим жизни заболеванием [1].

Надо понимать, что в современных условиях паллиативная помощь не будет ограничиваться только медицинской помощью в конце жизни. На самом деле медицинская помощь в конце жизни, а также социальная, духовная, психологическая, является отдельным разделом паллиативной помощи и называется хосписной помощью. Паллиативная же помощь детям может осуществляться на протяжении нескольких лет и является понятием более широким [3].

Но перечень заболеваний в детской паллиативной медицине иной, в отличие от взрослых. К ним относят состояния, в которых часто бывают сопутствующие нарушения в физическом и интеллектуальном развитии.

Выделяют 4 основные группы состояний, обуславливающих потребность в паллиативной помощи: угрожающие жизни заболевания, при которых возможно излечение, но есть вероятность, что лечение будет неуспешным (злокачественные новообразования, органная недостаточность); состояния, при которых преждевременная смерть неизбежна, но существует интенсивное лечение, направленное на поддержание жизни и позволяющее участие ребенка в социальной жизни (муковисцидоз); прогрессирующие заболевания без вариантов радикального лечения, для которых возможны только паллиативные меры, часто растягивающиеся на многие годы (мукополисахаридозы); необратимые, но не прогрессирующие состояния, вызывающие тяжелую инвалидность и подверженность заболеваниям, приводящим к преждевременной смерти. К этой группе могут быть отнесены тяжелые формы постинфекционных, посттравматических, органических поражений ЦНС, например, детского церебрального паралича (ДЦП) [1].

Большинство незлокачественных состояний, включенных в систему паллиативной помощи, неизлечимы, и они в свою очередь делятся на две группы: заболевания без неврологических проблем, которые нуждаются в интенсивных лечебных воздействиях, направленных на поддержание жизни, и заболевания с неврологическими нарушениями, при которых есть трудности в общении, обучении, нарушены моторные и/или сенсорные функции.

Качество жизни детей и их семей при разных состояниях различаются, соответственно, и направления помощи тоже будут различны.

Потенциально могут обусловить потребность участия педагога-дефектолога в паллиативной помощи заболевания, связанные с патологией ЦНС (ДЦП, микроцефалия, перинатальная асфиксия, спинно-мозговая грыжа, гидроцефалия), некоторые наследственные синдромы. Количество детей с такими проблемами больше, чем со злокачественными болезнями.

Особенности познавательной и эмоциональной сферы детей с такими нарушениями требуют от специалистов компетентности в специальных навыках общения (альтернативной коммуникации), организации обследования, коррекционной помощи, обучения.

В Российской Федерации [2] и в Республике Беларусь уже есть опыт работы учителей-дефектологов в детских хосписах в последние годы. В штатных расписаниях уже есть должности учителей-дефектологов.

Например, в Санкт-Петербургском детском хосписе в обязанности педагога-дефектолога входит обследование ребенка, коррекция нарушений в развитии. Дефектолог является членом консилиумов по ведению случая пациентов, оказывает консультативную помощь персоналу и членам семей, осуществляет медико-психологическое просвещение членов семей пациентов [2].

В Республике Беларусь эта деятельность находится в стадии становления.

Учитель-дефектолог в системе паллиативной помощи должен быть членом мультидисциплинарной команды медиков, психолога, социального работника. Его роль значима, так как именно он может проконсультировать специалистов по коммуникативным стратегиям взаимодействия с больным ребенком, исходя из его особых потребностей, научить родителей, как избегать трудностей с глотанием, питанием, как правильно заниматься с ним, осуществлять работу по коррекции нарушений.

Работа логопеда в системе имеет ярко выраженную специфику: она проходит в нестандартной учебной обстановке, располагаться он может на полу, на ковре, или стоя возле кровати, с использованием специального оборудования, мягких модулей для придания правильных поз и рефлекс-запрещающих позиций. Работа может проходить в домашних условиях, либо в хосписе. Логопед должен знать особенности организации кормления, особенности глотания, специфику работы с детьми, имеющими трахеостому, находящимися на аппарате искусственной вентиляции легких.

Начальные этапы работы могут требовать применения базальной коммуникации. Занятия, как правило, индивидуальны, требуют чередования упражнений и времени для отдыха детей. Они направлены на стимуляцию эмоционального общения ребенка и взрослого, стимуляцию развития зрительных и слуховых ориентировочных реакций, формирование подготовительных и основных этапов развития понимания речи, обучение альтернативным способам общения, развитие мелкой и общей моторики, простейших навыков самообслуживания.

Кроме того, дефектолог должен владеть деонтологическими нормами использования терминологического аппарата, профессионального поведения, отражающими ценностный характер отношений к детям с тяжелыми множественными нарушениями. Важным является знание приемов профилактики профессионального выгорания, элементов психотерапевтического воздействия.

Фактически требуется учитель-дефектолог нового поколения, отличающийся от классических учителей-логопедов, олигофренопедагогов и т.д. Соответственно, должна измениться и подготовка педагогов данного профиля.

Все это требует внедрения нового содержания курсов в подготовке будущих дефектологов (логопедов). В учебные планы внесены дисциплины, связанные с оказанием помощи детям с тяжелыми и (или) множественными нарушениями («Основы методики коррекционно-развивающей работы», «Альтернативная коммуникация»). Мы предлагаем студентам дисциплины по выбору «Логопедическая работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата», «Логопедический массаж», «Профилактика эмоционального выгорания», содержащие некоторые аспекты, важные для паллиативной помощи. В рамках лабораторных занятий осуществляется знакомство и посещение Дома ребенка, где есть отделение паллиативной помощи. Не все студенты готовы к подобной деятельности, поэтому во внеаудиторной работе мы используем различные виды волонтерских мероприятий, направленные на знакомство и взаимодействие с данной категорией детей, воспитание толерантности.

Разработка соответствующего курса по выбору, содержащего материал по оказанию паллиативной помощи: основные дефиниции, отличительные черты (разнообразие патологии, особенности заболеваний, факторы возрастного развития, значительная роль семьи, высокий уровень эмоциональной вовлеченности персонала, этические аспекты паллиативной помощи), взаимодействие учителя-дефектолога в мультидисциплинарной команде, - для заинтересованных студентов дала бы возможность расширить горизонты профессии.

Аналогичный курс можно предложить и будущим психологам, чья деятельность в паллиативной помощи актуальна более длительное время.

Образовательные программы курсов по выбору, создаваемые университетом в современных условиях, должны давать возможность студентам осваивать частные аспекты коррекционной и реабилитационной работы и в области паллиативной помощи. Это позволит отвечать на запросы работодателей из разных учреждений.

Список использованных источников:

1. Новиков Георгий Андреевич, Рудой С. В., Вайсман М. А., Самойленко В. В., Ефимов М. А. Паллиативная помощь в российской федерации: современное состояние и перспективы развития // ПМ. 2009. №36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/palliativnaya-pomosch-v-rossiyskoy-federatsii-sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya> (дата обращения: 20.10.2018).
2. Паллиативная помощь детям — Санкт-Петербург: Типография Михаила Фурсова, 2014.—380 с.
3. Психологические аспекты оказания паллиативной помощи детям [Текст] / Белорусский детский хоспис ; сост.: А. Г. Горчакова, Л. Ф. Газизова. - Минск : Белэкс, 2014. - 61 с.

УДК 376-056.26 (477)

Черненко Тетяна,

старший викладач кафедри ортопедагогіки,
ортопсихології та реабілітології
НПУ ім. М. П. Драгоманова,
м. Ніжин, Україна.

ОБГРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОСВІТИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УКРАЇНІ

Актуальність наукового дослідження. Здійснення системного історико-педагогічного аналізу процесу виникнення, становлення, функціонування і розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні вважаємо актуальною науковою проблемою. Конструктивне історико-педагогічне дослідження становлення та розвитку системи освіти дітей з порушеннями опорно-рухового апарату необхідне для аналізу, об'єктивної оцінки успіхів, проблем, труднощів навчання дітей, визначення перспективи надання якісної освіти, сприятиме розвитку науки ортопедагогіки. На думку автора дослідження саме цього напрямку сприяють усвідомленню позитивних наукових тенденцій у вітчизняній ортопедагогіці, дають змогу втілити найкращий досвід у практику спеціальної та інклюзивної освіти осіб із особливими освітніми потребами [2, с. 142]. Зростання уваги до освіти дітей зазначеної нозології зумовило вибір наших наукових пошуків. О. Таранченко стверджує: «Кожна галузь знань розвивається й удосконалюється, спираючись на попередні здобутки, враховуючи помилки і досягнення минулого [1, с. 1]». Вважаємо, що вивчення історико-педагогічного досвіду навчання, виховання та реабілітування дітей цієї категорії можуть бути важливими для подальшого удосконалення вітчизняної освіти в цілому.

Мета статті полягає в обґрунтуванні актуальності дослідження історії розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні.

Широкому колу фахівців спеціальної освіти відомі результати ґрунтовних досліджень історії вітчизняної олігофренопедагогіки (Віт. Бондар, І. Єременко, В. Золотоверх, Л. Одинченко, М. Супрун), сурдопедагогіки (О. Таранченко, В. Шевченко, С. Шевченко, М. Ярмаченко), тифлопедагогіки (Т. Гроза, Т. Ранська, Т. Свиридюк, Є. Синьова, С. Федоренко).

А. Шевцов (2011) обґрунтував побудову й розвиток наукової дисципліни та сфери підготовки фахівців, що стосуються галузі спеціальної освіти, корекційного навчання, комплексного психолого-педагогічного, медико-соціального та професійного реабілітування осіб з ПФОРА, – ортопедагогіки. Виокремив науку ортопсихологію як самостійну галузь спеціальної психології.

Об'єктом нашого дослідження є система навчання, виховання, соціальної допомоги та реабілітування дітей означеної нозології. Предметом дослідження – становлення і розвиток системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні. Хронологічні межі дослідження – ХХ початок ХХІ століття.

Для досягнення мети дослідження визначено такі завдання:

1. Здійснити аналіз сучасних історичних досліджень системи навчання, виховання, соціальної допомоги та реабілітування дітей з особливими освітніми потребами в Україні.
2. Встановити та науково обґрунтувати періодизацію розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні. Виявити особливості становлення та розвитку навчання й виховання дітей в Україні у певні історичні періоди.
3. З'ясувати вплив суспільно-політичних, соціально-економічних, морально-релігійних, наукових та організаційно-педагогічних чинників на розвиток різних складових системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату у різні історичні періоди.
4. Визначити шляхи та наукові рекомендації щодо подальшого розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Теоретична значущість дослідження полягатиме у тому, що вперше буде визначено історичні періоди, особливості, історико-теоретичні основи створення та розвитку складових системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату у різні історичні періоди.

Практична значущість: результати дослідження дозволять дати об'єктивну оцінку розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; фактичний матеріал, основні положення і висновки сприятимуть збагаченню історико-педагогічних знань з питань розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; науково обґрунтовані висновки і прогнози можуть слугувати підставою для визначення стратегії розвитку сучасного корекційного навчання учнів; отримані дані можуть бути використані у процесі читання лекцій з історії ортопедагогіки в закладах освіти; матеріали дослідження можуть бути використані у практиці навчання дітей, у тому числі за інклюзивною формою навчання, в подальших наукових пошуках з історії спеціальної освіти.

У підсумку констатуємо відсутність проведення досліджень з означеної проблеми, а отже і нагальну потребу подальших наукових пошуків з метою вивчення системи навчання, виховання та реабілітування дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні.

Список використаних джерел:

1. Таранченко О. Сурдопедагогічна теорія та практика другої половини ХХ століття в Україні. URL: [http:// ar.uu.edu.ua/article/415](http://ar.uu.edu.ua/article/415) (дата доступу 10. 08. 2019).
2. Черненко Т. В. Питання про навчання дітей з порушенням функцій опорно-рухового

апарату в Україні наприкінці XIX на початку XX століття. *Наукові записки. Серія Психолого-педагогічні науки* Ніжин. НДУ імені Миколи Гоголя, 2019. № 4. С.142-150.

3. Черненко Т. В. Сучасний стан історико-педагогічних досліджень системи навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами в Україні. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 16 том 2*. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О. В., 2020. С. 290-302.

4. Шевцов А. Г. Апологія ортопедагогіки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та психологія: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 19. С. 209-215.

5. Шевцов А. Г., Черненко Т. В. Історичні аспекти становлення системи виховання та навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні. Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (4-5 жовтня 2019). Запоріжжя: Вид-во Хортицької національної академії, 2019. С. 11-15.

УДК 376. 015. 31. 937 – 056. 29

Чуботару Наталія,

ст. преподаватель кафедры специальной
психопедагогике Кишиневского
Государственного Педагогического
Университета им. «И.Крянгэ»

г. Кишинев, Молдова

Присакару Алла с

тудентка 3-го курса, Специальность СПП

г. Кишинев, Молдова

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СРЕДЫ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ В РАБОТЕ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В национальной системе Республики Молдова применяется понятие Инклюзивного Образования (ИО), утвержденное Кодексом об образовании, в котором ИО определяется как образовательный процесс, учитывающий разнообразие детей и индивидуальные потребности развития, дающий равные возможности и шансы пользоваться фундаментальными правами человека на развитие и качественное образование в общей среде обучения [1].

Эта правовая база дает новые возможности для разработки и внедрения в практику новых инновационных методов психологической коррекции, одним из которых является сенсорная комната, полифункциональная среда которой оказывает комплексное воздействие на психофизическое и эмоциональное состояние ребенка. [5]

Сенсорная интеграция относится к способности использовать разномодальную сенсорную информацию для адаптации ребенка к условиям окружающей среды в процессе жизнедеятельности. Особо важное значение имеют вестибулярная, тактильная и проприоцептивная модальности. Ранняя вестибулярная, тактильная и проприоцептивная игра позволяет ребёнку развивать восприятие формы и пространства, что является основой для

сложных предметных орудийных действий и для более сложных видов познавательной деятельности. [4]

Сенсорная комната – это организованная особым образом среда, которая состоит из множества различного рода стимуляторов. К ним относятся проекторы, световые и звуковые трубки, фиброоптическое волокно, генераторы света, цвета, запахов и звуков, тактильные дорожки и панели, массажные и фиброэлементы, терапевтические мячи и шары, интерактивные песочницы и много другое, необходимое, чтобы активизировать мозг через стимуляцию базовых чувств: зрения, слуха, обоняния, осязания, вестибулярных и других рецепторов.

На протяжении последних десятилетий остро встает проблема лечебно-психологической работы с детьми, страдающими детским церебральным параличом. Теоретический анализ научной литературы по данной теме показал, что нарушения при ДЦП носят множественный характер, к двигательным расстройствам присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха [2, 8, 9, 10, 11]. Доказана значимость сенсорно – перцептивного дефекта при ДЦП, усугубляющегося по мере роста ребенка и нарушающего ход нормального развития всех психических функций. Основной причиной этого дефекта является недостаточность межсенсорной интеграции в следствии диссинхронии в развитии частей анализаторных систем в условиях двигательной депривации. Отсутствие интенсивной систематической афферентной импульсации различной модальности негативно сказывается на статико–моторном, психоречевом, коммуникативном развитии ребенка, приводит к тяжелой дисфункции поведения, вплоть до аутизма [3].

Расстройство сенсорной интеграции при ДЦП, затрагивающее несколько сенсорных систем, заключается в неспособности эффективно использовать ощущения и адекватно реагировать на них. Наибольшее сенсорное нарушение при ДЦП связано с нарушением в области ствола мозга, что ограничивает сенсорный опыт ввиду отсутствия моторного контроля в норме, что ведет к задержке подавления примитивных рефлексов и замедляет моторное развитие. Всё это также влияет на способность ребенка интерпретировать ощущения и использовать их для наработки осмысленных представлений, необходимых для обучения и моторного планирования [5].

Теоретическая база процесса сенсорной интеграции начала складываться с изучения перцептивных расстройств у детей с церебральным параличом, касающихся визуальной перцепции. Эта работа была начата еще в 50-е годы XX века и касалась исследования расстройств зрительно-пространственного восприятия, в том числе, восприятия величины и формы объектов и пространства в целом. Позднее эта теория была доработана Джин Эйрес в 70-х годах XX века. Суть ее заключается в том, нервная система воспринимает поступающие извне раздражения, отфильтровывая информацию в коре больших полушарий где осуществляется сложная аналитико-синтетическая деятельность по переработке информации, поступающей от различных функциональных систем всего организма. Затем формируется адаптивная ответная двигательная реакция и постепенно закрепляется индивидуальный опыт. Моторное поведение является результатом постоянного взаимодействия моторной, когнитивной и перцептивной сфер. Ребенок развивает способность более адекватно реагировать на сенсорные стимулы по мере созревания мозга. Это происходит путем активного взаимодействия ребенка с окружающей средой, а также в результате восприятия им стимулов из окружающей среды. Повседневная деятельность является универсальным результатом этого взаимодействия. Любой навык представляет собой сенсомоторную задачу, зависящую в той или иной мере от когнитивного и перцептивного контроля [6].

У детей с ДЦП уже сформирована устойчивая аномальная функциональная система. Чтобы внедрить нештатный критический период и заставить её перестроиться, выработать новую, вместо порочной, функцию, необходима форсированная сенсорная стимуляция. Этим и объясняется обоснованность применения сенсорной интегративной терапии при детском церебральном параличе [7].

Основными задачами интегративной терапии являются:

- Формировать адаптивный ответ или точное эффективное целенаправленное действие;
- Развитие самоконтроля, способностей управлять своим телом в условиях полимодальной окружающей среды. Что в свою очередь позволит в дальнейшем осуществлять различные действия для наилучшей адаптации. Например: научить подавлять реакцию на нежелательные или неблагоприятные стимулы внешней среды, выработать адекватный ответ на них и совершенствовать свои возможности;
- Развивать механизмы и основные способности, относящиеся к сенсомоторному уровню, служащему фундаментом для развития всех высших психических функций.

Сенсорная комната позволяет расширить жизненный опыт детей, обогатить их чувственный мир и обрести уверенность в себе. Наличие мягкого покрытия пола и стен комнаты уменьшает у детей чувство страха при падении. Занятия в Сенсорной комнате помогают совершенствованию активных, самостоятельных двигательных навыков, манипулятивной деятельности, овладению схемой тела, зрительно-моторной координации.

Методика коррекционной работы в Сенсорной комнате основана на постепенном включении сенсорных ощущений, индивидуальности подбора тактильных и кинестетических ощущений, поскольку, кожно-кинестетическая чувствительность является основой для формирования зрительного и слухового восприятия. Кроме того, кинестетическая чувствительность является основой всех видов движений, которые, в свою очередь, формируются на базе кинестетической памяти, так называемое пространственное чувствование. В дальнейшем к тактильным ощущениям прибавляем слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые.

Рекомендуется проводить коррекционную работу в группах при одновременном участии детей и их родителей для обыгрывания различных ситуаций, когда ребенок должен быть наравне с мамой или даже помочь маме в какой-либо деятельности. Это дает возможность в дальнейшем обыгрывать ситуации, когда дети могут оставаться одни, без родителей.

Противопоказания к занятиям может быть только вирусное заболевание. Но существуют ограничения:

- При эписиндроме или судорожной готовности нельзя использовать мигающие, сверкающие раздражающие зрение стимулы, а также ритмическую музыку;
- При работе с возбудимыми детьми, время пребывания в комнате должно быть минимальным, и нагрузка на сенсорику тоже должна быть минимальной;
- При работе с тревожными детьми следует исключить резкие переходы от одного стимула к другому.

Формы занятий очень вариативны - от индивидуальных сеансов сенсорной стимуляции до подвижных игр и игр-драматизаций. Они должны обладать некоторыми особенностями при проведении занятий с детьми, имеющими тяжелые двигательные нарушения в сочетании с тяжелой дизартрией и сенсорными расстройствами – нарушениями слуха и зрения. Требуется внимательно относиться к малейшим улучшениям поведения ребенка и его физического состояния: изменению цвета кожных покровов, лица, конечностей, повышенной потливости, учащению или замедлению дыхания, сонливости или вялости, агрессии, устойчивому избеганию

контактов, изменению мышечного тонуса. При появлении этих признаков следует сразу же прекратить воздействие.

Развитие ребенка с ДЦП происходит в ограниченном пространстве, что ведет к формированию эгоцентрических установок. В семье больной ребенок развивается в условиях гиперопеки со стороны родителей. В то же время при этом мало учитываются его увлечения и планы. Задача коррекции состоит в том, чтобы разорвать эту симбиотическую связь мать-дитя, чтобы дать возможность развиваться ребенку и чтобы родители способствовали этому развитию. Находясь под действием гиперопеки, больше всего страдает общение ребенка. Социальная депривация заставляет чувствовать себя уязвленным и отвергнутым. Это может привести к резкому снижению самооценки, возрастанию робости в контактах, замкнутости. Необходимо помочь ребенку наладить отношения с окружающими, чтобы этот фактор не стал тормозом на пути развития личности.

Рекомендуются групповые занятия, где дети учатся коммуникативным навыкам. Однако общение ребенка – это не только способность вступать в контакт и вести разговор с собеседником, но и умение внимательно и активно слушать, использовать мимику и жесты для выражения своих мыслей, а также осознание своих особенностей и особенностей других людей и принятие их во внимание в ходе общения.

В группах детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата следует уделять много внимания невербальным способам общения. Необходимо обучать с помощью жестов, поз, мимики передаче какого-либо сообщения. С помощью пантомимы рассказывать всем известное стихотворение или сказку. Учить детей использовать общепринятые жесты, проводить упражнения на развитие мимических движений.

Общие рекомендации педагогу-психологу:

1. Для того чтобы вызвать нормативную или приближенную к ней реакцию, необходимо тщательно подбирать дидактический материал, с помощью которого организуется планомерный и контролируемый сенсорный поток.

2. При создании обогащенной сенсорной среды не следует формировать адаптационный ответ при задержке его появления у ребенка. Это может быть связано с отсутствием интереса к стимулу. Ребенок должен получать удовольствие от взаимодействия со стимулом, поэтому стоит предлагать понятные по смыслу задачи.

3. Наиболее мощным эффектом по устранению сенсорной дезинтеграции обладает стимуляция вестибулярной системы, которую необходимо дозировать в соответствии со степенью чувствительности в ходе внимательного наблюдения за реакциями ребенка. Медленные колебательные, линейные или круговые движения – успокаивают, а быстрые – возбуждают и активизируют. Важно помнить, что чувствительность к разнообразным сенсорным стимулам, особенно к вестибулярным, у детей весьма индивидуальна. Для них характерны гравитационные страхи. Кроме того, сенсорное перенасыщение перегружает нервную систему и может усугубить имеющиеся расстройства. В ходе различных занятий необходимо создать условия, позволяющие детям получать активную полимодальную стимульную информацию. Именно при вовлечении сенсорных процессов в манипулятивную, игровую предметно-практическую деятельность формируются перцептивные действия.

4. Тактильная стимуляция начинается с того, что ребенку дают прикоснуться к различным материалам, а затем, если не возникает защитной реакции, можно проводить тактильную игру. Интеграция может быть достигнута только в случае, если тактильные раздражения доставляют приятные ощущения. Прикосновения должны быть уверенные, всей поверхностью ладони с достаточным нажимом. Легкие прикосновения обычно неприятны и

вызывают негативную реакцию. Очень важно в ходе занятий развивать дифференциацию трех уровней прикосновений: своих частей тела к себе, прикосновение к предмету, прикосновение к другому человеку.

5. Стимуляция проприоцептивной системы достигается движениями на сопротивление. Ребенка побуждают толкать, тянуть, поднимать предметы, удерживать их в определенной позе, фиксировать внимание на изменениях ощущений.

6. Для устойчивого результата необходимо сочетание различных раздражителей. Рекомендуется сочетание базовых афферентных стимулов (вестибулярные, тактильные и проприорецептивные) с другими сенсорными раздражителями – зрительными, слуховыми, вкусовыми и обонятельными.

Для проведения занятий необходимо использовать разнообразный дидактический материал и специально созданные пособия, способные воздействовать на все виды афферентации. Основными средствами в сенсорной интегративной терапии в условиях полимодальной среды Сенсорной комнаты являются: гамаки,двигающиеся доски, наклонные поверхности, подвесные валики, надувные мячи, «тоннели», мягкие формы и т.д. Также есть зоны, в которых ребёнок может погрузиться в какую-либо среду, например, водяной матрац, либо наполненный кусочками поролона или сухой бассейн с пластиковыми шариками. Роль педагога, занимающегося сенсорной интегративной терапией, заключается в умении манипулировать средой так, чтобы ребёнок дал максимальный уровень положительной реакции.

Дети с удовольствием включаются в игровое взаимодействие, которое помогает им ощутить всю полноту проявлений окружающего мира, сформировать сенсорные эталоны, научиться регулировать реакции, поведение, планировать свои действия, совершенствовать реакции, необходимые для взаимодействия с окружающей средой. Всё вышеперечисленное улучшает развитие и качество жизни детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в том числе с тяжёлыми формами детского церебрального паралича.

Список использованных источников:

1. Incluziunea în educație. Ghid de politici, București: UNESCO, 2011
2. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. – СПб: Прайм-Еврознак, 2007. – 459 с.
3. Пальчик А. Б. Эволюционная неврология. – СПб: Питер, 2002.
4. Cermac S. A. What is the Sensory Integration? /1994. AOTA June: 17 (2).
5. Симонова Т. Н., Симонов В. Г. Система психолого-медико-педагогической реабилитации детей с тяжёлыми проявлениями детского церебрального паралича. Учебно-методическое пособие. – Астрахань: Изд. Дом «Астраханский университет». 2008.
6. Лурия А. Р. Функциональная организация мозга // Естественно-научные основы психологии. М.: Педагогика, 1975.
7. Dubochet M. Integration a la methode de Therapie sensori-integrative Jean Ayres. / J. D Ergotherapie, 1994, 16 (4).
8. Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. Хрестоматия. – СПб: Дидактика плюс, 2003. – 500 с.
9. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2004. – 369 с.
10. De Vries J. I. P. The origins of the lateralized functions in human fetal development // The Development of sensory, motor and cognitive abilities in early infancy. European research conference. – Spain, 1996. – P. 2.
11. Le Dous J.E., Wilson D.H., Gassaniga M.S. Manipulo-spatial aspects of cerebral lateralization: clues to the origin of lateralization // Neuropsychologia – 1977. – V. 15. – P. 743–750.

Чурило Наталья

Доцент ИИО БГПУ им. М.Танка,

г. Минск, Беларусь

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И НАПРАВЛЕНИЯ

В настоящее время большую актуальность приобретают нейропсихологические исследования, отмечается активное развитие детской нейропсихологии и возрастающий интерес авторов к нейропсихологической проблематике. В России сформированы и функционируют нейропсихологические школы Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман, Ю.М. Микадзе, Л.С. Цветковой, Н.Я. Семаго. Большое число нейропсихологических исследований, проведенных за последнее время, вместе с тем, ставит задачу анализа и систематизации принципов нейропсихологической диагностики, включения в плоскость диагностического исследования междисциплинарных связей, интеграции различных направлений в психологии, педагогике, дефектологии и медицине.

Актуальные задачи нейропсихологической диагностики в детском возрасте связаны с исследованием высших психических функций ребенка, оценки степени их сформированности или дефицитарности относительно возрастных норм, выявлением различных вариантов протекания психической деятельности, определением возможностей компенсации высших психических функций в случае их дефицитарности, установлением причин нарушений высших психических функций и постановкой задач коррекционной помощи [1; 2; 3].

Одной из важнейших проблем нейропсихологической диагностики, по мнению исследователей, является определение границ нормы и нарушений развития, требующее перехода в качественно-количественную и доказательную плоскость психодиагностики. Этот переход предполагает использование психометрического подхода, опирающегося на количественные методы диагностики, широко распространенные в зарубежной практике. Специфика формирования высших психических функций в детском возрасте обуславливает большой разброс данных в определении нормативных показателей развития ребенка и в значительной степени снижает возможность статистической обработки диагностических показателей [4].

Дифференциальный потенциал нейропсихологической диагностики может быть реализован при количественно-качественном анализе ее результатов и системной комплексной медико-психологической квалификации полученных данных, позволяющей получить выводы о синдромной организации нарушений высших психических функций [1; 2; 3].

В современной нейропсихологической диагностике можно выделить три основных подхода.

Первый подход связан с идеями А.Р. Лурия и является наиболее распространенным в России и странах Ближнего зарубежья. В основе данного подхода лежат положения о нейропсихологических факторах нарушений и синдромальном анализе, что позволяет исследователю устанавливать соответствие между функциональными нарушениями, проявляющимися в симптомах, и нейропсихологическими синдромами нарушений психических функций.

Вместе с тем, широкое использование данного подхода затруднено тем, что в настоящее время отсутствуют четкие критерии, позволяющие дифференцировать норму и нарушения в

развитии. При проведении диагностики исследователь фиксирует симптомы, в достаточной степени валидные, которые выступают как индикаторы нарушенной функции и легко обнаруживаются в процессе выполнении пробы. Необходимым условием в данном случае является высокий уровень профессионализма и квалификации диагноста [2].

Второй подход, зародившийся в Северной Америке, по своей сути, является психометрическим и связан с именами R.M. Reitan и W.C. Halstead которыми была предпринята попытка перевести в плоскость нейропсихологии исследования дифференциальных способностей. Разработка большого числа психометрических методик позволяет исследовать широкий диапазон психических функций, а затем, на основе анализа диагностических данных и распределения результатов, проводить оценку индивидуальных показателей. Высокая объективность, структурированность и системность данного подхода, тем не менее, не позволяет его использовать в ограниченной временной промежуток клинического обследования; также он является непригодным для обследования детей с определенными нарушениями развития (например, детей с аутистическим спектром). При этом к квалификации исследователя не предъявляются повышенные требования, достаточно иметь навыки работы с методиками, входящими в батарею тестов. Процедура проведения и оценки носит четкий и стандартизированный характер и исключает всякую субъективность суждений [1; 3].

В качестве примеров можно выделить Батарею нейропсихологических тестов Холстед-Рейтана (HRNB), Нейропсихологическую батарею тестов Лурия-Небраска (LNNB), Интеллектуальную шкалу Векслера (WISC, WAIS).

Третий подход связан с традициями британского эмпирического подхода, положениями экспериментальной когнитивной психологии и представляет собой попытку собой индивидуальной, нормативно ориентированной оценки состояния психических функций. В плоскости данного подхода используются специфические психометрические стандартизированные тесты, которые исследователь может гибко комбинировать в ситуации обследования в соответствии с диагностическими гипотезами. При первичном скрининговом обследовании нейропсихолог на основе полученных данных выдвигает гипотезу о наличии и причинах у респондента тех или иных когнитивных дефицитах. На втором этапе индивидуальной диагностики в зависимости от диагностической ситуации исследователь получает возможность анализировать отдельный конкретный случай. Данный подход достаточно эффективен, когда исследовательская задача сфокусирована вокруг изучения конкретной функции или определенного нарушения. Квалификация и компетентность исследователя в данном подходе являются важными элементами диагностической технологии [1; 3].

Остановимся более подробно на традиционном Лурьевском подходе к изучению высших психических функций в детском возрасте. Нейропсихологическая диагностика высших психических функций в детском возрасте в рамках данного направления позволяет выявить структурный состав психических функций, возрастную динамику их формирования в онтогенезе, связи психических функций с отдельными отделами мозга и вклад каждого из этих отделов в интегративную работу мозга.

По мнению Л.С. Выготского, можно выделить несколько вариантов нейропсихологической диагностики в детском возрасте: нормативная возрастная диагностика, клиническая и симптоматическая. С другой стороны, по характеру интерпретации диагностических результатов, нейропсихологическая диагностика в детском возрасте может быть направлена на анализ характера нарушений психических функций ребенка и проведение синдромального анализа или на получение сравнительных данных, полученных путем

сопоставления полученных индивидуальных результатов ребенка с возрастными нормативами выполнения нейропсихологических проб [1; 2].

В первом варианте нейропсихологическая диагностика предполагает проведение общего нейропсихологического обследования детей и выявления характера нарушений психических функций при различных локальных поражениях мозга. Выпадение того или иного звена психической функции, проявляющееся в виде симптомов, дает представление о том, какие психические процессы обусловлены работой пораженного участка мозга в определенном возрасте. Данный вариант направлен на описание синдромов как симптомокомплексов, характерных для поражения или дисфункции тех или иных участков мозга в определенные возрастные периоды, а также позволяет определить нейропсихологический фактор, лежащий в основе первичного нарушения того или иного психического процесса.

Важное значение для интерпретации результатов исследования имеет сравнительный метод анализа нейропсихологических данных, который предполагает:

- 1) сравнение результатов ребенка и соответствующей возрастной группы – оценка состояния высших психических функций ребенка в соответствии с возрастной нормой,
- 2) сравнение данных детей разных возрастных групп – оценка возрастной динамики структуры психических функций и функциональных возможностей различных участков мозга,
- 3) сравнение данных ребенка и взрослого – оценка степени сформированности и особенностей формирования тех или иных психических функций на определенном возрастном этапе .

Сравнительное изучение нарушений высших психических функций в норме и при патологиях развития (например, при локальных повреждениях мозга) в разные возрастные этапы помогает установить, насколько тот или иной участок мозга вовлекается в обеспечение определенной психической функции в конкретный возрастной период, в других случаях (при отсутствии нарушений органического характера) - выявить парциальные отставания в формировании психических функций и мозга ребенка в случае мозговых дисфункций [1; 2].

Отечественная нейропсихологическая диагностика представлена методами, основанными на принципах динамической локализации психических функций А.Р. Лурия, и представляют собой систему проб (заданий), те или иные модификации которых созданы с учетом возраста ребенка. Индивидуальное обследование ребенка включает пробы, ориентированные на установление многофакторного состава синдромов (метасиндрома), который характеризует степень сформированности высших психических функций ребенка на данном возрастном этапе, а также мозговых структур, обеспечивающих эти функции. Ошибки ребенка при выполнении нейропсихологических проб рассматриваются как симптомы, характеризующие функциональную незрелость или слабость тех или иных структур мозга. Сопоставление полученных данных с аналогичной симптоматикой, связанной с локальными поражениями мозга у взрослых, позволяет провести качественную оценку результатов и установить связь между несформированным или дисфункциональным звеном психической функции и соответствующим отделом мозга [1; 2].

Количественная оценка может быть получена при сопоставлении индивидуальных результатов с возрастной нормой и отражает степень выраженности симптома по сравнению с нормотипическим развитием. Количественный показатель позволяет сделать вывод о наличии или отсутствии у ребенка парциального отставания в формировании каких-то звеньев психической функции, а, следовательно, дефицита в созревании определенных отделов мозга, входящих в функциональную систему этой функции.

В самом общем виде методы нейропсихологической диагностики можно разделить на две основные группы: методики общего нейропсихологического обследования и методики экспресс-диагностики.

Программы общего нейропсихологического обследования, включающие нейропсихологические пробы, позволяющие системно и комплексно провести качественный и количественный анализ степени сформированности психических функций ребенка представлены в разработках Т.А. Ахутиной, Н.М. Пылаевой, Ж.М. Глозман, А.Н. Корнева, А.В. Семенович, Л.С. Цветковой, В.М. Шкловского и др.

Методики экспресс-диагностики предлагают относительно краткий вариант оценки той или иной психической функции (например, памяти, внимания). К их числу относится методика «Лурия-90» Э.Г. Семерницкой и «Диакор» Ю.В. Микадзе, Н.К. Корсаковой.

Таким образом, современные задачи нейропсихологической диагностики можно разделить на две основные группы: нейропсихологическая диагностика состояния высших психических функций для дифференциального анализа и прогноза развития в норме и при нарушениях развития; нейропсихологическая диагностика для решения задач коррекции нарушений развития, преодоления парциальных дефицитов в развитии психических функций, разработки реабилитационных и развивающих программ.

Список использованной литературы:

1. Ахутина, Т. В. Е. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия / Т. В. Ахутина, З. А. Меликян // Клиническая и социальная психология. – 2012. - № 2. – С.
2. .Балашова, Е. Ю. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах / Е. Ю. Балашова, М. С. Ковязина. – М.: Генезис, 2012 – 256 с.
3. Микадзе, Ю. В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике / Ю.В. Микадзе // Вестник Московского государственного университета. Серия 14. Психология – 2012. - № 6. – С. 96-103.
4. Цветкова Л. С. Актуальные вопросы нейропсихологии детского возраста. Учебное пособие. - М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 296 с.

УДК 159.9.07

Шашлова Анастасія,
методист обласного ресурсного центру
з підтримки інклюзивної освіти
Миколаївський обласний інститут
післядипломної педагогічної освіти,
м. Миколаїв, Україна

УРАХУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПОБУДОВІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ОСВІТНЬОЇ ТРАЄКТОРІЇ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

У сучасних умовах розвитку освіти в Україні, зокрема поширення інклюзивної освіти, важливим є реалізація таких підходів у освітньому процесі, які б забезпечували повноцінні умови для отримання якісної освіти всіма дітьми, незалежно від наявних психофізичних особливостей. Зважаючи на різноманітність таких особливостей розвитку, постає питання

визначення певних відправних точок розвитку дитини для побудови її індивідуальної освітньої траєкторії та системи психолого-педагогічного впливу. Визначення відправних точок розвитку дитини забезпечується у процесі проведення психолого-педагогічного оцінювання її функціонування й відповідності такого функціонування певним віковим нормам.

За твердженням Т. Іллященко, одним із найбільш важливих завдань в комплексній оцінці розвитку дитини є визначення всього комплексу психолого-педагогічних проблем конкретної дитини та позитивних сторін її розвитку для формування подальшого корекційного впливу та визначення умов її психологічного супроводу в процесі навчання (Іллященко Т., 2020, с. 96).

Серед широкого діапазону психодіагностичного інструментарію, яким володіють психологи-практики, наявність методів дослідження інтелектуальних функцій, а також особливостей проявів інших специфічних порушень є недостатнім.

На нашу думку, наразі актуальним є питання забезпечення фахівців сучасними методиками дослідження інтелектуальних здібностей, когнітивних процесів дитини, а також методами діагностики проявів найбільш розповсюджених порушень психофізичного розвитку, таких як: розлад дефіциту уваги та гіперактивності, розлади аутистичного спектру, порушення інтелектуального розвитку тощо.

Наукове, теоретичне та експериментальне обґрунтування важливості проведення психодіагностичного дослідження індивідуальних особливостей розвитку дітей, таких як: інтелектуальні здібності, когнітивні процеси, емоційно-вольова регуляція для ефективного планування психолого-педагогічного впливу та постановки адекватних цілей навчання, є одним із важливих напрямів сучасної корекційної педагогіки та спеціальної психології. На необхідності проведення такого діагностування наголошували вчені Л. Венгер, З. Гільбух, О. Стребелева, Н. Стадненко, Т. Іллященко, А. Обухівська.

На сьогодні в Україні створено потужну мережу інклюзивно-ресурсних центрів, до повноважень яких віднесено здійснення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини (далі – Комплексна оцінка).

Проведення якісної Комплексної оцінки є надзвичайно важливим для визначення оптимального освітнього маршруту та побудови індивідуальної освітньої траєкторії дитини з особливими освітніми потребами, оскільки дозволяє визначити її сильні та слабкі сторони розвитку, підготувати рекомендації щодо освітньої програми дитини, особливостей пристосування освітнього середовища, а також напрямків надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг дитині.

Здійснення якісного психолого-педагогічного оцінювання рівня розвитку дітей з особливими освітніми потребами потребує застосування у професійній діяльності практичного психолога інклюзивно-ресурсного центру психодіагностичного інструментарію, який би відповідав світовим стандартам психодіагностики та індивідуальним запитам кожної родини.

Зарубіжний досвід психодіагностичних досліджень демонструє наявність успішних світових практик, які доцільно застосовувати у роботі з дітьми щодо дослідження інтелектуальних здібностей, пам'яті, уваги, розладу дефіциту уваги та гіперактивності, проблем із соціальною взаємодією, персеверацій, соматосенсорних порушень, порушення спілкування та розвитку, розладів настрою, когнітивного вербального/довербального спектру, експресивного розвитку, рецептивного мовлення, дрібної моторики, великої моторики, візуально-моторного наслідування, дезадаптивних форм поведінки тощо.

2018 року за сприяння Міністерства освіти і науки України інклюзивно-ресурсні центри були забезпечені ліцензійним інструментарієм для дослідження рівня розвитку дітей з особливими освітніми потребами (комплект методик для визначення рівня розвитку дітей під

час проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки), який відповідає міжнародним стандартам психодіагностики та адаптований до використання на території України.

Комплект психодіагностичних методик для проведення комплексної оцінки розвитку дітей практичними психологами інклюзивно-ресурсних центрів містить п'ять психодіагностичних інструментів: Шкала інтелекту Векслера для дітей IV видання (WISC-IV), Міжнародна шкала продуктивності Лейтера третього видання (Leiter-3), Індивідуалізоване психоосвітнє оцінювання дітей з розладами аутистичного спектра за методикою TEACCH (PEP-3), Скринінгова шкала розладів аутистичного спектра (CASD), Шкали Коннерс третього видання (Conners-3).

Шкала інтелекту Векслера для дітей IV видання (WISC-IV) – це клінічний інструмент для оцінки інтелектуальних здібностей дітей у віці від 6 до 16 років 11 місяців. Даний тест проводиться в індивідуальному порядку, тобто окремо з кожним респондентом. Методика WISC-IV спрямована на вивчення показників інтелектуального функціонування дитини в конкретних когнітивних сферах, а також сумарного показника інтелекту (тобто загального показника IQ) (Векслер Д., 2018 р.). Результати проведення діагностики дають інформацію про особливості інтелектуального функціонування дитини: вербальний інтелект, сприйняття і мислення, швидкість обробки інформації, робочу пам'ять тощо.

Шкала інтелекту Векслера для дітей IV видання дозволяє оцінити наявні вроджені здібності людини, опосередковані біологічно зумовленими властивостями мозку, які відповідають за спонтанне навчання у процесі взаємодії людини з середовищем, здатність до дедукції та індукції, узагальнення тощо (текучий інтелект), а також, набуті в ході культурного і соціального досвіду когнітивні знання і навички (кристалізований інтелект).

Шкала продуктивності Лейтера третього видання (Leiter-3) – індивідуально-орієнтований тест, створений для дослідження когнітивних функцій у дітей та дорослих від 3 до 75 років і старше. Ця методика дає можливість вивчення невербального інтелекту та візуалізації, невербальної пам'яті, уваги та здатності до подолання когнітивних перешкод. Особливістю методики Leiter-3 є невербальна форма подачі інструкцій і завдань, що дозволяє досліджувати когнітивні здібності у осіб із комунікативними розладами, моторними порушеннями, розладом дефіциту уваги та гіперактивності, з аутизмом, порушеннями мовлення та слуху, порушеннями внаслідок органічного ушкодження головного мозку, а також осіб різних рас і національностей, які не володіють українською мовою. Методика Leiter-3 досліджує інтелектуальні здібності неопосередковані мовленнєвим розвитком.

Методика PEP-3 розроблена на основі програми «TEACCH» (міжнародно визнана комплексна програма для навчання та роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру та іншими розладами) і вузько спрямована на діагностику рівня розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Результати проведення діагностичного дослідження за допомогою PEP-3 дають можливість підтвердження діагнозу РАС, визначення ступеня тяжкості відхилення; дозволяють оцінити рівень розвитку нерівномірно представлених сильних і слабких сторін дитини у контексті навчання, характерних для розладів аутистичного спектра та пов'язаних із ним порушень розвитку, встановити віковий рівень розвитку дитини у різних сферах, а також оцінити ефективність педагогічної та клінічної корекції в динаміці. Методика дає можливість визначити рівень розвитку навичок і надає інформацію для визначення найближчої зони розвитку дитини, що особливо важливо для побудови подальшої програми втручання.

Тест CASD (Скринінгова Шкала розладів аутистичного спектра) пропонує швидкий і надійний метод діагностики аутизму у дітей від 1 до 16 років без урахування вікової категорії, рівня розумового розвитку або ступеня прояву розладу (Маєс С., 2013 р.). Ця методика дозволяє

оцінити наявність/відсутність у дитини основних і супутніх симптомів аутизму, та за їх кількістю зробити висновок про ймовірність у дитини розладу аутистичного спектру.

Психодіагностичний опитувальник Conners -3 (Шкали Коннерс, 3 версія) – це клінічний тестовий опитувальник, який є узагальненим результатом багаторічного дослідження в галузі дитячої та юнацької психопатології та дозволяє проводити діагностику розладу дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) і його найбільш поширених супутніх проблем і розладів. Методика є адаптованою для України, має високу валідність та відповідає критеріям DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів п'ятого видання (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)). Опитувальник являє собою мультиінформативну оцінку функціонування дітей і підлітків між 6 і 16 роками, що враховує домашню, соціальну та шкільну обстановку, і дає інформацію для визначення проблем у навчанні, планування терапевтичного втручання і моніторингу.

Conners-3 дає вичерпну інформацію щодо оцінки РДУГ для ухвалення рішень в клінічному діагностуванні, визначення придатності дитини до навчання та при плануванні терапевтичного втручання і моніторингу (С. Keith Conners, 2017 р.). За результатами дослідження методикою Conners-3 можна визначити ймовірність наявності у дитини РДУГ, його типу, а також сильні та слабкі сторони розвитку дитини як основи для складання подальшого освітнього маршруту, індивідуальної програми розвитку та планування психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових послуг.

На сьогоднішній день використання саме даного комплексу психодіагностичних методик рекомендується практичним психологам інклюзивно-ресурсних центрів для визначення рівня розвитку дітей під час проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки. Для оволодіння необхідним набором навичок у роботі з методиками практичні психологи інклюзивно-ресурсних центрів мають пройти відповідне навчання, а також процедуру сертифікації (Векслер Д., 2018 р.).

Таким чином, застосування комплексу методик для визначення рівня розвитку дітей під час проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки, дозволить проводити якісну діагностику актуального рівня розвитку дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивно-ресурсного центру, виявлення проявів найбільш розповсюджених на сьогодні особливостей їх навчально-пізнавальної діяльності для підготовки рекомендацій щодо планування індивідуальної освітньої траєкторії.

Перспективи подальших розробок вбачаємо у поглибленому й детальному дослідженні практичних аспектів використання комплексу психодіагностичних методик, рекомендованих для проведення комплексної оцінки розвитку дітей з особливими освітніми потребами, у роботі з дітьми різних категорій особливих освітніх потреб, зокрема з РАС та РДУГ; вивченні особливостей професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців інклюзивно-ресурсних центрів у процесі оволодіння необхідним набором навичок у роботі зі згаданими методиками.

Список використаної літератури:

1. С. Keith Conners, Керівництво Conners-3. Conners третє видання / Адаптація української версії тесту О. Орел, О. Кришовська. – К.:ТОВ «ОС Україна» (GiuntiPsychometricsUkraine), 2017. – 220 с.
2. Векслер Д. Шкала інтелекту Векслера для дітей: керівництво з проведення та підрахунку результатів тесту/Бурлачук Л., Орел О., Шкуропат К., Шумакова В., Міськова О. – ТОВ «ОС Україна», 2018. – 204 с.
3. Гейл Х. Ройд, Люсі Дж. Міллер, Марк Помплан та Кріс Кох. (2013р.). Міжнародна шкала продуктивності Лейтера. Третє видання. Київ: ОС Україна.

4. Ілляшенко Т.І. Визначення загальних засад психологічного супроводу дітей із затримкою психічного розвитку на основі узагальнення досліджень вчених країн пострадянського простору / Ілляшенко Т.І., Журнал «Психологічний часопис», Том 6 № 11, 2020. – С. 93–103. DOI: 10.31108/1.2020.6.11
5. Маєс С.Д. CASD – опитувальник розладів аутистичного спектру: керівництво / Переклад з англ. О. Литвиненко. – К.: ТОВ «ОС Україна» (Giunti Psychometrics Ukraine), 2013. – 36 с.
6. Наказ Міністерства освіти і науки України від 17.05.2019 р. № 671 «Про деякі питання організації навчання фахівців інклюзивно-ресурсних центрів».
7. Обухівська А.Г. Методичні та організаційні питання діагностико-консультативної діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій / Обухівська А.Г., Ілляшенко, А.Г., Жук Т.В. та ін. – Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. – С. 78.
8. Обухівська А.Г. Психолого-педагогічне вивчення навчальних компетентностей дошкільників з особливими освітніми потребами / Обухівська А.Г., - Харків: Харківський осінній марафон психотехнологій – 2019: Частина 2. Тези доповідей, 2019. – С. 171.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 545 «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр».
10. Шашлова А.Л. Сучасні методи діагностики рівня розвитку дітей з особливими освітніми потребами / Шашлова А.Л., Журнал «Вересень», № 4, 2020 (готується до друку).

УДК 378 : 376

Шевцов Андрій,

член-кореспондент НАПН України,
доктор педагогічних наук, професор,
м. Київ, Україна

ОРТОПЕДАГОГІКА ТА ОРТОПСИХОЛОГІЯ – ДЕСЯТЬ РОКІВ СИСТЕМНОГО РОЗВИТКУ

Настав час підвести підсумки 10-річного терміну розвитку ортопедагогіки як наукового феномену спеціальної освіти та корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ПФОРА), а також досвід підготовки фахівців цього напрямку кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології Факультету спеціальної та інклюзивної освіти НПУ імені М.П. Драгоманова.

У свій час нами було визначено, що ортопедагогіка (від грец. Орθος - прямий) – наука про принципи, закономірності, зміст, методи і форми навчання та психолого-педагогічного реабілітування осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Серед останніх виділяються діти з органічними ураженнями нервової системи (дитячий церебральний параліч, наслідки поліомієліту, травми спинного мозку тощо), з вродженою патологією опорно-рухового апарату, з набутими захворюваннями та порушеннями опорно-рухового апарату. Ортопедагогіка очевидно розвивається на основі загальних принципів та знань із педагогіки, дефектології (спеціальної освіти), реабілітології, ортодизонтогенезу та ортопсихології, а також емпіричних даних, накопичених за понад сто років роботи з цими категоріями дітей та дорослих у системі спеціальної освіти та реабілітування.

Проаналізуємо вплив цих та інших чинників на формування та розвиток ортопедагогіки.

1. Ортодизонтогенез. Очевидно, що користуючись фундаментальним принципом Л.Виготського щодо детермінації вторинних порушень психічного розвитку первинними порушеннями – тобто їх ядром – не можна будувати методи психолого-педагогічної

діагностики, стратегії та спеціальні методики навчання, корекції розвитку дітей з ПФОРА без урахування клінічної картини їх захворювання. Те саме стосується і дорослих. Тому ми й говоримо про ортодизонтогенез як дисципліну про клінічні особливості порушень розвитку цих осіб.

Найскладнішими захворюваннями, яке потрапляє у сферу діяльності ортопедагога, є дитячий церебральних параліч та функціональні порушення, пов'язані з діяльністю центральної нервової системи. Саме цим пояснюється той факт, що основні клінічні дані щодо дизонтогенезу цих дітей довгі роки збиралися неврологами, рідше ортопедами, без проведення відповідних системних досліджень педагогами та психологами.

Якщо мова йде про логіко-історичні причини виникнення ортопедагогіки, то саме тенденція до зростання показника поширеності церебральних паралічів у дітей, важка складна епідеміологічна ситуація із захворюванням ЦНС було одним із факторів оформлення ортопедагогіки разом з ортопсихологією в окрему науку.

Процес навчання та виховання дітей з ДЦП ускладнюється певними обставинами, пов'язаними з клінічними характеристиками цього захворювання. Адже, дитячий церебральний параліч – це фактично комплекс симптомів, які характерні тим, що до основного симптому ДЦП – руховим розладам, проблемам з локомоторними та постуральними можливостями дитини – здебільшого долучаються порушення психіки, інтелекту, ЗПР, мовлення, зору, слуху, кінестетичного сприймання та ін.

Таким чином, ПФОРА – дуже складна категорія порушень психофізичного розвитку («група синдромів» за Л. Бадаляном), адже її характерною особливістю є поліморфізм клінічної картини зі своїм комплексом коморбідних синдромів, незважаючи на те, що всі ці порушення об'єднуються в один нозологічний статус – порушення моторної сфери.

Полісиндромність та складна етіологія ДЦП спричиняє і багатоаспектність навчально-реабілітаційного процесу, мультивекторність корекційного медико-психолого-педагогічного впливу на фізичне, психічне та соціальне здоров'я дитини, її особистісний розвиток.

Треба зазначити, що у сферу інтересів ортопедагогіки та ортопсихології логічно потрапляють також і інші нозології, які у своїй клінічній картині мають порушення моторної сфери або просторової орієнтації як побічні синдроми: глибокі інтелектуальні порушення, РАС, порушення зору, зорово-моторної та слухо-моторної координації тощо .

Через названі причини в окрему підсистему були виділені спеціалізовані школи, а згодом і навчально-реабілітаційні центри для таких дітей. В останні часи стали розвиватися для них також і спеціальні технології інклюзивного навчання.

Тож виділення ортопедагогіки як окремої галузі спеціальної педагогіки було потрібно саме для розробки науково-методичних засад, поглиблених наукових досліджень та підготовки кадрів для навчання таких дітей.

Окрім того, пошук нових наукових даних за допомогою ортопедагогіки пов'язаний зі згаданою складною етіологією ДЦП та інших ПФОРА.

2. Ортопсихологія. Вочевидь неможливо розбудувати ортопедагогіку та систему відповідних спеціальних методик без синхронного розвитку окремого відгалуження спеціальної психології – ортопсихології.

Ортопсихологія – розділ спеціальної психології, який вивчає психічний розвиток осіб із ПФОРА, шляхи та засоби його корекції.

3. Реабілітологія. Ми пов'язуємо системний розвиток ортопедагогіки також із такою міждисциплінарною наукою, як реабілітологія. Однак, іноді наші колеги неправильно трактують це поняття у дискурсі ортопедагогіки. Вони розуміють складовими ортопедагогіки фізичне

реабілітування та адаптивне фізичне виховання. І навіть подають на захист дисертації з фізичної реабілітації у рамках спеціальності «Ортопедагогіка». Звичайно, це велика помилка, тому оскільки названі дисципліни є іншими, окремими науковими галузями, які мають свій власний предмет дослідження та методи. Ортопедагогіка містить елементи реабілітування, але тут йдеться про **психолого-педагогічну реабілітацію**, психолого-педагогічні методи відновлення соціального статусу особи з інвалідністю. Власне, це те, що раніше називалося «реабілітаційною педагогікою». Ортопедагогіка ж має залишатися в галузі спеціальної освіти.

Розвиваючи ортопедагогіку як трансдисциплінарну науку, ми проте визнаємо необхідність диференціації ортопедагогіки за предметом та методами дослідження від інших споріднених дисциплін.

До речі, називаючи наш об'єкт дослідження та практичних зусиль «дітьми з порушеннями ФУНКЦІЙ опорно-рухового апарату», ми підкреслюємо той факт, що будь-який спеціальний (корекційний) педагог у цілому працює методом корегування функціональних психофізичних можливостей дитини. При цьому у фокусі цієї роботи є дитяча психіка, поведінка, діяльнісна активність (навчальна, ігрова тощо). Тобто, ортопедагог зосереджується на змісті, методах і формах роботи з пошкодженими функціями опорно-рухового апарату, а не безпосередньо з цією складовою організму.

4. Отже, маємо «ортопедагогічну» тріаду: пізнання медико-психолого-педагогічних феноменів розвитку дітей із ПФОРА складається з трьох наукових предметів ортодизонтогенез – ортопсихологія – ортопедагогіка. Така ж тріада має бути застосована у процесі укладання навчального плану підготовки ортопедагогів.

Тож коли у 2010 році ми започатковували «Ортопедагогіку», як нову окрему освітню програму в межах спеціальності «Корекційна педагогіка» (згодом «Спеціальна освіта»), саме так планувався відповідний курикулум: блок знань з клініки порушень опорно-рухового апарату, спеціального розділу психології, спеціальні педагогічні методики, а також різні курси з галузі реабілітології, навіть ерготерапії.

5. Підготовка ортопедагогів.

Враховуючи зазначений поліморфізм клінічної картини цього захворювання та складність вторинних порушень розвитку таких дітей, мультидисциплінарність системи їх освіти та реабілітації, ми робимо висновок щодо необхідності підготовки нових спеціалістів широкого профілю ортопедагогічного та реабілітологічного напрямку. Фактично, ортопедагоги повинні пройти спеціальну підготовку у сфері корекційного розвитку дітей з обмеженнями життєдіяльності різних нозологій, тобто знати основи сурдопедагогіки (сурдопсихології), тифлопедагогіки (тифлопсихології), логопедії, корекційної психопедагогіки, фізичної реабілітації тощо. Це дає підстави стверджувати, що ортопедагог з такою підготовкою може бути вихователем, вчителем (або консультантом) навчальних закладів з інклюзивною формою навчання.

Для підготовки означених фахівців і була створена спеціалізована **кафедра ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології у 2010 році**. Оскільки на той час в Україні виникла гостра потреба у кваліфікованих фахівцях з ортопедагогіки, які могли б працювати вчителями спеціальних шкіл для дітей з ПФОРА, а також надавати компетентну корекційно-реабілітаційну допомогу дітям з порушеннями психофізичного розвитку різних нозологій як вчителі інклюзивного навчання, педагоги шкіл та педагоги-реабілітологи навчально-реабілітаційних установ.

Саме таких унікальних на той час фахівців почали готувати на новоствореній кафедрі ортопедагогіки та реабілітології Інституту корекційної педагогіки та психології Національного

педагогічного університету імені М.П.Драгоманова у 2010 році, яка згодом була перейменована у кафедру ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології.

Мультидисциплінарний характер методик навчання та реабілітування дітей, наприклад, хворих на ДЦП, які ми відносимо до ПФОРА, спрямував колектив кафедри до створення міждисциплінарного курикулуму підготовки майбутніх ортопедагогів.

На момент створення кафедра називалася «кафедрою ортопедагогіки та реабілітології» і стала шостою в структурі Інституту корекційної педагогіки та психології. Кафедра створювалася за активної підтримки директора цього Інституту академіка НАПН України, доктора педагогічних наук, професора В.М. Синьова та інших колег. Засновником кафедри був доктор педагогічних наук А.Г. Шевцов, який очолював кафедру з 2010 року по 2014 рік. З 2014 року кафедру очолювала кандидат педагогічних наук Г.М. Хворова, а з 2018 року – кандидат педагогічних наук А.Б. Заплатинська.

Отже, упродовж першого десятиріччя на кафедрі працювали і донині працюють досвідчені науковці, віддані своїй справі викладачі, доценти та професори: дійсний член Національної академії педагогічних наук України, доктор педагогічних наук, професор В.І. Бондар; доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України А.Г. Шевцов; доктор педагогічних наук, професор О.П. Глоба; кандидат педагогічних наук, доцент Г.М. Хворова; доктор педагогічних наук, професор М.М. Єфименко, доктор психологічних наук А.І. Яблонський; кандидат педагогічних наук, доцент К.В. Луцько; кандидат педагогічних наук, доцент А.Б. Заплатинська, кандидат педагогічних наук, доцент Н.І. Королько, кандидат педагогічних наук, доцент М.Є. Родненко; кандидат психологічних наук, доцент Т.Л. Панченко; кандидат психологічних наук О.В. Ільїна, кандидат педагогічних наук О.В. Козинець, Н.В. Гриша, І.В. Стасюк, Л.М. Вознюк, А.М. Романюк, Т.В. Черненко.

За період 2010-2020–рр. на кафедрі ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології понад 200 студентів отримали освітній рівень бакалавр, денної та заочної форм навчання, а також близько 100 студентів здобули освітній рівень спеціаліст, магістр, у тому числі другу вищу освіту (перекваліфікація).

6. Наукова школа ортопедагогіки. За 10 років існування спеціальності та галузі ортопедагогіка та ортопсихологія склалася відповідна наукова школа. Цю школу складають науковці з різних регіонів України, які захистили дисертації під керівництвом професорів кафедри:

1. Кравчук Л.С., канд. пед. наук, 2012, «Корекція розумової працездатності студентів з дитячим церебральним паралічем у навчальній діяльності» (науковий керівник проф. А.Г. Шевцов).

2. Дітковська Л.А., канд. пед. наук, 2012, «Підготовка підлітків із дитячим церебральним паралічем до використання інформаційно-комунікаційних технологій» (науковий керівник проф. А.Г. Шевцов).

3. Долинний Ю. О. канд. пед. наук, 2011, «Педагогічні умови підготовки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі» (науковий керівник проф. О.П. Глоба).

4. Полулященко Ю.М. канд. пед. наук, 2012, «Соціальна інтеграція людей з обмеженими можливостями засобами фізичної культури і спорту в умовах регіонального реабілітаційного середовища» (науковий керівник проф. О.П. Глоба).

5. Бажмін В.Б., канд. пед. наук, 2016, «Допрофесійна підготовка підлітків з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в центрах соціальної реабілітації» (науковий

керівник проф. А.Г. Шевцов).

6. Заплатинська А.Б., канд. пед. наук, 2016,. «Технологія сенсорної інтеграції у корекційному вихованні дошкільників із дитячим церебральним паралічем» (науковий керівник проф. А.Г. Шевцов).

7. Родненко М.Є., канд. пед. наук, 2018, «Корекція пізнавальної діяльності дошкільників з дитячим церебральним паралічем засобами Монтессорі-терапії» (науковий керівник проф. А.Г. Шевцов).

8. Сілявіна Ю.С., канд. пед. наук, 2019, «Моделювання системи педагогічної реабілітації вихованців з особливими освітніми потребами в умовах навчально-реабілітаційного центру» (науковий керівник проф. А.Г. Шевцов).

9. Ільїна О.В., канд. психол. наук, 2019, «Формування психологічної готовності майбутніх ортопедагогів-реабілітологів до професійної діяльності» (науковий керівник проф. А.Г. Шевцов).

10. Чухрій І.В., док. психол. наук, 2020, «Психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату» (науковий консультант проф. А.Г. Шевцов).

Через нашу кафедру проходили також і інші дисертації, зокрема такі, що втілюють підходи наукової школи проф. Б.В. Сермеєва у сфері фізичної реабілітації та адаптивного фізичного виховання дітей з порушеннями розвитку.

У перспективі розвитку ортопедагогіки та ортопсихології вочевидь можна очікувати: 1) системні наукові дослідження у сфері синергетичного поєднання ортопедагогіки, ортопсихології та психолого-педагогічної реабілітології; 2) запровадження нових освітніх програм у сфері ортопедагогіки, ортопсихології та інтегральних психолого-педагогічних реабілітаційних технологій; 3) популяризацію знань із галузі ортопедагогіки та ортопсихології, залучення нових adeptів цієї науки та практики.

Список використаних джерел:

1. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології : [монографія] / Андрій Гаррійович Шевцов. - К. : МП Леся, 2009. - 484 с.

УДК 376-053.4:616.8:796.012.1

Шевчук Лариса,

магістрант 1 курсу кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології НПУ ім. М. П. Драгоманова
м. Житомир, Україна

Керівник: **Черненко Тетяна,** старший викладач кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології НПУ ім. М. П. Драгоманова

ПРАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ РУХЛИВИХ ІГОР У РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА ІНТЕЛЕКТУ

Актуальність. У спеціальній літературі існує досить велика кількість прикладів застосування педагогічних ігор у роботі з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового

апарату. Корекційно-розвивальна робота при цьому має містити методи впливу на усі ланки розвитку. Вітчизняні та зарубіжні науковці відзначають ключову роль використання рухливих ігор у роботі з дітьми зазначеної категорії, адже для них розвиток моторики, перцепції – один з засобів соціалізації, подолання дизонтогенезу, розвиток рухової сфери, мовлення, інтелекту та ін. Пропонуємо до розгляду окремі результати практичного використання рухливих ігор у роботі з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та інтелекту.

Виклад основного матеріалу. Проблема медичної, психолого-педагогічної і соціальної реабілітації дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату актуальна в українському суспільстві та закладах освіти України. Важливою є їх соціальна адаптація та інтеграція до суспільства. Корекційна робота педагога з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та інтелекту спрямована не лише на виправлення недоліків розвитку, а й на загальний розвиток. Рухову активність потрібно відповідно спрогнозувати та організувати, щоб організм дитини не виснажувався через неправильне чергування різних видів діяльності та відпочинку. Розпорядок дня при цьому будується з урахування дозованого чергування праці та відпочинку, кваліфікованої організації фізичного виховання, фізкультурно-оздоровчих та гігієнічних заходів.

Сучасні науковці О. Бавольська, В. Бажмін, Н. Деделюк, Т. Христова, Н. Соколова, О. Колишкін у своїх дослідженнях розкривають питання упровадження адаптивної фізичної культури, використання рухливих ігор з метою формування життєво та професійно важливих умінь та навичок, розвитку і вдосконалення фізичних та психологічних якостей у дітей з особливими освітніми потребами. Варто зазначити, про важливе значення гри у вихованні дитини наголошували провідні світові педагоги та лікарі: І. Сеченов, П. Каптерев, М. Пірогов, К. Ушинський, С. Русова.

У сучасній науковій, педагогічній літературі існує велика кількість досліджень, що розкривають значення гри, в тому числі як засобу адаптивної фізичної культури дітей з порушеннями інтелектуального розвитку та функцій опорно-рухового апарату. Над цією проблемою працювали: Б. Сермеєв, Р. Белов, О. Дмитрієв, В. Туманцев. Питання впливу різних видів рухової діяльності на розвиток дітей були предметом наукових пошуків Е. Вільчковського, Н. Лебедєва, К. Левшунова, А. Маркосян.

У своїй практичній діяльності з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та інтелекту ми використали методику С. Венєвцева та О. Дмитрієва «Алфавіт рухів тіла». Вона складається з 33-х позицій, що образно демонструють літери алфавіту.

На нашу думку, перевагою методики, є:

- універсальність щодо місця і часу застосування (її можна використовувати як на заняттях у класі, так і в позаурочний час – на перерві, під час проведення шкільних свят, ігор на дитячому майданчику за місцем проживання, у дитячих таборах відпочинку, оздоровчих таборах та інших життєвих ситуаціях);

- базування на ігровому методі – способі оволодіння знаннями, уміннями, навичками, що засновані на включенні до процесу навчання компонентів ігрової діяльності.

Під час використання методики «Алфавіт рухів тіла» діти за допомогою органів зору та слуху сприймають назви букв і зображують їх, використовуючи м'язові відчуття і м'язові рухи власного тіла. Можна застосовувати і навпаки, аналізувати певну позицію, називаючи букву. У цьому випадку поєднуються розумове уявлення літери і м'язові відчуття, завдяки чому зміцнюються умовні зв'язки в корі головного мозку і, згодом, літера легко відтворюється. Слід зазначити, що у відтворенні беруть участь не тільки м'язи, але й інші органи чуття – зір і слух. Тобто рухові центри головного мозку сприяють розвитку слухового і зорового центрів, тих центрів кори головного мозку, що забезпечують психічну діяльність. Таким чином,

виробляються нові умовні рефлекси, а це у свою чергу значною мірою сприяє розвитку багатьох функцій головного мозку. Після засвоєння дітьми рухів тіла, що зображають окремі літери, можна використовувати їх комплекси. Вони складені із спеціально розроблених рухів тіла і відповідають певним літерам, у легко виконуваний послідовності. Це зменшує час на пояснення вправ, що виконуються, і тим самим, що важливо, збільшується кількість виконання рухів за одиницю часу. Комплекси можуть виконуватися учнями на уроках фізичної культури і під час проведення фізкультхвилинок на уроках.

З метою виявлення впливу рухливих ігор на фізичний та емоційний стан учнів (рухову активність, рівень відволікань) ми провели педагогічний експеримент з учнями 3 класу Житомирської спеціалізованої школи № 2. До нього залучили 8 здобувачів освіти, з них 2 дівчинки і 6 хлопчиків. Вікова категорія дітей – 9-11 років.

У ході проведення експерименту учні класу займалися за методикою О. Дмитрієва та С. Венєвцева «Алфавіт рухів тіла» на уроках української мови.

З метою з'ясування вихідних та кінцевих даних фізичної підготовленості, стану серцево-судинної системи, постави, координаційних здібностей, грамотності учнів було обстежено на початку та наприкінці експерименту. Протягом експерименту велася постійна фіксація змін психоемоційного стану, впливу методики на розумову працездатність учнів, втомлюваність учнів. Нами проаналізовано діяльність дітей на 24-х уроках української мови, на яких використовувалась методика «Алфавіт рухів тіла» та аналогічну кількість уроків, на яких не застосовувалась методика.

Аналізуючи матеріали дослідження ми визначили обсяг фізичного та розумового навантаження під час уроку, кількість повторення вправ, інтервали відпочинку.

Проведене дослідження продемонструвало позитивний вплив методики на фізичний та емоційний стан учнів. Позитивним є те, що методика дає можливість використовувати велику кількість рухів, комбінувати їх, повторювати, не витрачаючи при цьому велику кількість часу на пояснення. Зрозуміло, що на уроках фізичного виховання рухова активність більша, ніж на уроках української мови. Було також встановлено рухову активність на уроках української мови під час використання методики та без неї.

Дані нашого дослідження показані на Рис. 1.1.

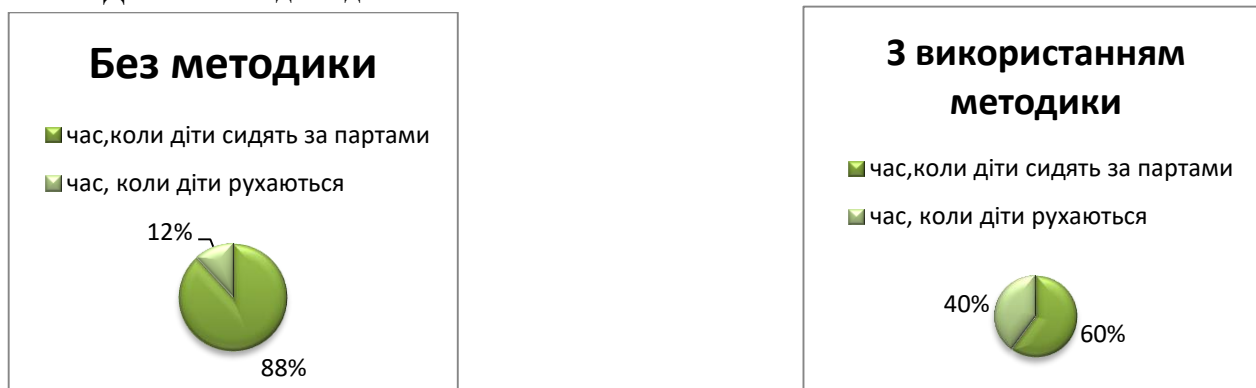


Рис. 1.1. Аналіз рухової активності учнів на уроках української мови з використанням методики «Алфавіт рухів тіла»

Проаналізувавши результати дослідження ми зробили наступні висновки:

1. запропонована методика збільшила рухову активність учнів на уроках української мови на 28%;
2. дана методика дозволяє чергувати фізичне та розумове навантаження, що сприяє кращому засвоєнню навчального матеріалу;

3. спостерігається активізація розумової діяльності, відмічаємо зменшення втомлюваності учнів;
4. покращується концентрація уваги при вивченні навчального матеріалу.

Спостереження у ході експерименту здійснювалося і за поведінкою учнів, концентрацією їхньої уваги, відволіканням під час навчання. У підсумку відмічаємо: учні часто відволікалися на вигуки, жести, дотики інших дітей, що не стосувалися завдань вчителя. Також були скарги учнів на небажання працювати, втому. У таблиці 1.1. зазначено середні показники відволікань учнів за весь період експерименту.

Таблиця 1.1.

Середні показники відволікань учнів протягом дня

Групи	Середня кількість відволікань		
	1-й урок	2-й урок	5-урок
З використанням методики	14	11	13
Без використання методики	22	14	16

У ході експерименту ми спостерігали відповідну динаміку: на першому і п'ятому уроках кількість відволікань зростала, на другому-четвертому зменшувалася. Отже, зростала концентрація уваги та працездатність дітей молодшого шкільного віку. За умови використання зазначеної методики показники відволікань були нижчі, ніж без використання методики. Відповідно, активність учнів збільшувалася.

Висновки. У підсумку зазначаємо, практичний експеримент довів, що методика «Алфавіт рухів тіла» на уроках української мови допомагає вчителю раціонально використовувати час на уроці, чергуючи інтелектуальне та фізичне навантаження учнів. Це у свою чергу сприяє зменшенню втомлюваності дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та інтелекту під час освітнього процесу. Аналіз отриманих даних довів, що збільшення рухової активності школярів на уроках має позитивний вплив на їх розумову діяльність, активізацію психічних процесів. Доведено, що активність учнів на уроках зі збільшеною руховою ігровою діяльністю зростає, а кількість відволікань знижується.

Поєднання традиційних форм навчання з ігровими дозволяє активізувати процес навчання та позитивно впливає на загальний розвиток дитини. Автори переконані, що методика сприяє подоланню труднощів у навчанні дітей з особливими освітніми потребами. Перспективу подальших досліджень вбачаємо у пошуку та апробації нових методик з використанням рухливих ігор при вивченні шкільних дисциплін.

Список використаних джерел:

1. Адаптивне фізичне виховання. Методичні рекомендації для проведення практичних занять зі студентами спеціальності «Фізична реабілітація». Укладач: Печко О. М., Чернігів: ЧНТУ, 2017. С. 37.
2. Бавольська О. В., Бажмін В. Б. Адаптивна фізична культура в центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Миколаїв, 2017. С. 112.
3. Веневцев С. И. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами адаптивной физической культуры. М. : Советский спорт, 2004. С.104.
4. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.метод. посібник для студентів. Луцьк : :Вежа-Друк. 2014. С. 68.

5. Колишкін О. В. Розвиток рухової сфери осіб з особливостями інтелектуального розвитку засобами адаптивної фізичної культури. URL : <file:///C:/Users/User/Desktop/%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B0/Kolyshkin.pdf>
6. Соколова Н. Д. Ігрова діяльність з інтелектуальними порушеннями дошкільників: книга для вчителя і вихователя. М.: Просвіта, 1993. С.135 – 147.
7. Федосєєва О. А. Особливості ігрової діяльності дітей з інтелектуальною недостатністю / О. А. Федосєєва // Молодий вчений, 2012. № 11. С. 489 – 491.
8. Хрестова Т. Є., Карабанов Є. О. Методичні рекомендації до семінарських занять з дисципліни «Адаптивна фізична культура». Мелітополь, ФОП Силаєва О. В., 2018. С. 46.

УДК 376:364.048.6

Якуба Леся,
методист Ресурсного центру
з підтримки інклюзивної освіти
КВНЗ «Харківська Академія
неперервної освіти» ХОР

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОСВІТНЬОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ РАНЬОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОМПЛЕКСНИМИ ТА СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ.

У наш час в суспільстві відбуваються помітні зміни у напрямку забезпечення функціонування, і в тому числі і соціального, для людей, що мають особливі потреби. В усьому світі розробляються технології, спрямовані на створення універсально доступного середовища для всіх, змінюється парадигма у освітній, медичній та соціальних науках та ставлення суспільства до проблеми. Такі зміни спонукають до розробки інноваційних технологій реабілітації, абілітації, розвитку та навчання дітей з комплексними та складними порушеннями розвитку, що сприятимуть розвитку їх життєвих та соціальних компетенцій та дадуть змогу реалізувати свій потенціал у трудовій та суспільній діяльності. В Україні перед державою та суспільством в цілому постає проблема організації такої системи реабілітації та абілітації, яка б змогла забезпечити дитині з особливими потребами можливість жити тим самим життям, як живуть її однолітки – а саме мати змогу навчатися, спілкуватися. Проблема соціальної інтеграції дітей з такими порушеннями розвитку, як дитячий церебральний параліч, особливо при наявності комплексних порушень розвитку, гостра і потребує розв’язання. Адже “принцип соціального реабілітування засобами освіти є універсальною методологічною основою побудови системи комплексної корекційно-реабілітаційної роботи”. [6, С.20]

На думку деяких вчених, для дітей з тяжкими формами ДЦП, які не можуть самостійно пересуватися, мають складні супутні порушення, єдиною можливою формою навчання є індивідуальна в домашніх умовах. Рухові порушення значною мірою визначають специфіку навчальної та соціальної діяльності. Це виявляється не тільки у несформованості рухових навичок і умінь, а й у недостатності більш складних моторних функцій, необхідних для навчальної діяльності, в основі яких лежить рух (зорово-моторна координація, просторовий аналіз і синтез, праксис). Значні труднощі навчальної діяльності дітей з ДЦП також обумовлені порушеннями мовлення (найчастіше дизартрії та загального мовленнєвого недорозвитку).

Порушення психічного розвитку розвиваються за психоорганічним типом і характеризуються великою різноманітністю щодо ступеню і характеру. [5] Це стає часто непереборною перешкодою до інтеграції в звичайні умови загальноосвітньої школи, або спеціалізованого навчального закладу. Зазвичай діти зі складними та комплексними порушеннями потребують індивідуального підходу у навчанні, мультидисциплінарної допомоги фахівців та пристосування навколишнього середовища. [5]

Завдяки активній позиції батьків, небайдужих фахівців - педагогів, лікарів, соціальних робітників, а також участі благодійних міжнародних організацій останні роки активно відбувається становлення інклюзивної освіти в Україні. Але треба відзначити той факт, що незважаючи на активну позицію держави в цьому питанні, зусилля фахівців, намагання батьківських об'єднань та участі благодійних організацій проблема інтеграції дітей зі складними порушеннями до освітнього середовища дошкільного закладу досі не вирішена.

У свій час ще Л.Виготський наголошував на тому, що "вторинні ускладнення пов'язані з дією середовищних факторів у розвитку психіки дитини". [1, с.27] Дошкільна освіта, яка є основою і ключем для задоволення всіх освітніх потреб дитини, її подальшої соціалізації та розвитку компетенцій, зокрема комунікативної, залишається майже недосяжною для дітей зі складними порушеннями розвитку, які часто виникають внаслідок дитячого церебрального паралічу. Ці діти мають потреби у створенні спеціальних умов для розвитку, навчання та соціалізації та потребують удосконалення системи корекційної допомоги в умовах інклюзивної і спеціальної освіти. Саме через це у ранньому і дошкільному віці вони часто отримують медичні реабілітаційні послуги, але не мають можливості соціалізуватися у дитячому колективі. Рання інтеграція дитини до дитячого колективу за умови ефективного психолого-педагогічного супроводу, надання корекційної допомоги та створення необхідних для успішного функціонування дитини з особливими потребами умов, сприяє цілеспрямованому спілкуванню дитини з однолітками, через що поліпшується її когнітивний, моторний, мовний, соціальний та емоційний розвиток, функціональне оволодіння вміннями та навичками та ефективніше використання збережених можливостей розвитку. З іншого боку, наявність у дитячому колективі дитини з особливими потребами формує толерантне ставлення здорових однолітків до особливих потреб людини, сприяє вихованню гуманного відношення до відмінностей особистості, поваги до індивідуальності та інших якостей, які необхідні людині у сучасному суспільстві. Визнано, що діти в таких умовах краще адаптуються до навколишнього середовища, оволодівають соціальними навичками, почуваються більш самостійними, потрібними в суспільстві.[3, С. 11]

Саме тому потрібна чітка система, до якої б входили динамічно поєднані медичні, психологічні, педагогічні, реабілітаційні та корекційні послуги.

Зрозуміло, що будь які реабілітаційні, абілітаційні чи корекційні заходи неможливі без активної участі батьків. Саме вони приймають рішення, які саме послуги потрібні для розвитку їх дитини, і від того, чи налагоджуються їх відносини з педагогами, реабілітологами та психологами часто залежить і результат реабілітаційної та психолого-педагогічного корекційного впливу. Батьки є тим чинником, який не тільки допомагає, але й багато в чому визначає розвиток дитини та результати, які дитина може досягти в освіті і житті. Кожна родина має свої переконання, свій стиль виховання, заснований на традиціях виховання у сім'ях батьків. Фахівці при наданні допомоги дитини не можуть змінити докорінно те оточення, яке є у дитини, але можуть допомогти родині знайти методи виховання та навчання, які будуть сприйнятні, не руйнуючи систему родинної взаємодії, що вже є.

Коли народжується дитина, яка має значні порушення розвитку, і мати, і батько отримують таку психологічну травму, що потрібен деякий час (для кожної людини свій), щоб «попрощатися з утраченими мріями, очікуваннями для себе, своєї сім'ї та дитини» [4, с.18] та знайти в собі сили для подальшого руху до адаптації дитини, знаходження нових можливостей для розвитку здібностей, які є у дитини. [4, с.18]

Першим кроком на цьому шляху є бажання батьків соціалізувати свою дитину. Родині дитини необхідно усвідомити той факт, що цей крок сприятиме розвитку їх дитини, отриманню нею нових компетенцій, які вона не може отримати вдома. Для виникнення цього бажання повинна бути сформована їх довіра до педагогів та інших фахівців, готовність до співпраці з ними.

Допомогу на цьому етапі батьки можуть отримати, звернувшись до послуги раннього втручання. Технологія раннього втручання, яка активно розвивається в Україні останні роки, може надати шанс для раннього початку абілітації дитини. Ідея цього підходу до розвитку дітей, який вже реалізується у більшості країн світу, полягає в тому, що вплив спрямований не безпосередньо на дитину, а насамперед на її середовище, і батьків в першу чергу. Програма раннього втручання розрахована на те, що батьки, які є головними вчителями дитини у ранньому віці, а також експертами у її розвитку, у складі міждисциплінарної команди, до якої входять фахівці різних напрямів - лікарі, реабілітологи, педагоги, психологи, соціальні працівники, - формують індивідуальну траєкторію розвитку дитини, враховуючи її обмеження та спираючись на можливості. Окрім того, технологія раннього втручання допомагає батькам швидше подолати стрес, викликаний усвідомленням факту народження дитини з порушеннями, і почати діяти для забезпечення можливості успішної інтеграції у суспільство не тільки дитині, а й усій родині в цілому.

Послуга раннього втручання може стати тією сходинкою, завдяки якій дитина з комплексними та складними порушеннями розвитку отримує можливість до включення у освітнє середовище дошкільного закладу для соціалізації, оволодіння необхідними компетентностями та успішного навчання разом з нормотиповими однолітками. [2, с.29]

Робота на етапі виходу з програми раннього втручання та переходу дитини до освітнього закладу ведеться за трьома основними напрямками:

1) Формування в дитини необхідних навичок і можливостей до адаптації, соціалізації, самообслуговування.

2) Підбір програм, які може відвідувати дитина. Фахівці центру раннього втручання підбирають і знайомлять батьків з програмами, дитячими садочками, розвиваючими й реабілітаційними центрами, які може відвідувати дитина, після закінченню програми РВ. Можливі зустрічі з іншими батьками, які вже мають такий досвід, а також відвідування цих закладів для надання методичної та практичної допомоги з питань особливостей комунікації та адаптації дитини, яку вони знають.

3) Підвищення рівня компетентності батьків, бо здатність дитини адаптуватися й соціалізуватися багато в чому залежить від їх можливостей підтримати свою дитину й познайомити оточуючих з особливостями його комунікації, способами її підтримки.[2, с.30]

Саме у системі інклюзивної освіти мають бути реалізовані технології, спрямовані на реабілітацію, корекцію та компенсацію в умовах висококваліфікованого психолого-педагогічного супроводу. Для цього необхідна зрозуміла і чітка оцінка реальних можливостей і потреб дитини, яку надають у своєму висновку мультидисциплінарна команда фахівців інклюзивно-ресурсного центру.

Коли дитина з порушеннями потрапляє в інклюзивну групу, крім асистента вихователя, який бере участь в адаптації матеріалу, створенні індивідуального освітнього плану, у закладі дошкільної освіти з нею також працюють фахівці, рекомендовані інклюзивно-ресурсним центром. Корекційно-розвиваючу складову реалізують на своїх заняттях психолог, логопед, дефектолог, фізичний реабілітолог. Саме ці фахівці, що входять у команду психолого-педагогічного супроводу дитини, обирають методи та технології, найбільш актуальні у кожному окремому випадку, та розробляють рекомендації по індивідуалізації освітньої програми.

Отже, враховуючи все вищенаведене, ми можемо зробити такі висновки:

Проблема соціалізації дітей з комплексними та складними порушеннями розвитку, складовою яких є порушення опорно-рухового апарату, що викликані органічним ураженням нервової системи, на теперешній час не вирішена,

Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є раннє інтегрування (у дошкільному віці) дитини до інклюзивного освітнього середовища закладу дошкільної освіти, але для цього необхідно подолання таких бар'єрів, як:

- відсутність архітектурної та соціальної доступності дошкільної освіти для дитини з комплексними порушеннями розвитку;
- відсутність системи мультидисциплінарної взаємодії фахівців різних напрямів – лікарів, педагогів, соціальних робітників - для створення дійсно сприятливого розвиваючого середовища у ранньому та дошкільному віці;
- психологічний бар'єр, а саме неготовність і батьків, і педагогів до процесу соціалізації дитини з комплексними та складними порушеннями розвитку.

Список використаних джерел:

1. Андрейко Б. Основні аспекти формування класифікації порушення розвитку дитини. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 33. С.24 -31
2. Кукуруза Г.В. Технологія раннього втручання: принципи, алгоритм, зміст: методичні рекомендації./ Укл. Кукуруза Г.В. та ін. Харків, 2017. 37 с.
3. Пінюгіна К. О. Про організацію впровадження інклюзивної освіти в навчально-виховний процес: психологічний аспект: інструктивно-методичний лист / К. О. Пінюгіна, В. П. Ляхова. Миколаїв: ОШПО, 2011. 64 с.
4. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та суспільстві. Львів, 2008. 334с.
5. Чеботарьова О.В. Проблеми індивідуального навчання дітей з ДЦП. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. URL: http://vmurol.com.ua/upload/Naukovo_doslidna%20robotu/.pdf (дата звернення: 2.03.2021)
6. Шевцов А.Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності. Автореф дис. На здобуття наук. ступеня д-ра пед.наук:13.00.03. Київ, 2010. 46 с.

Яцинік Алла

викладач кафедри корекційної
освіти та спеціальної психології
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно
-педагогічна академія»
Харківської обласної ради
м. Харків, Україна

ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ СЕНСОРНИХ МАТЕРІАЛІВ МОНТЕССОРІ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДОШКІЛЬНИКІВ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРОНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Питання формування мовленнєвої компетентності дітей дошкільного віку посідає провідне місце в освітньому процесі закладу дошкільної освіти. Актуальність цього напрямку освітньої роботи визначається впливом мовлення на процес загального розвитку особистості, становлення вищих психічних функцій. Особливого значення питання формування мовленнєвої компетентності набуває в освітньо-реабілітаційній роботі з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату.

Порушення опорно-рухового апарату характеризуються обмеженням рухової функції у наслідок ураження центральної нервової системи. До найбільш поширених форм порушень опорно-рухового апарату віднесено дитячий церебральний параліч (ДЦП). Дитячий церебральний параліч визначається фахівцями як комплекс порушень рухової активності людини у наслідок ураження головного мозку або інших відділів центральної нервової системи під час пологів або у пренатальному періоді. ДЦП має свої специфічні прояви: порушення постави, рівноваги, парези, паралічі, недостатня м'язова сила, мимовільні рухи, «танцююча» хода або взагалі суттєве обмеження пересування. Слід зауважити, що доволі часто ДЦП може супроводжуватись порушеннями інтелектуального розвитку, зору, слуху, мовлення. Ці особливості слід враховувати під час організації освітньо-реабілітаційної діяльності. Значущість формування мовленнєвої компетентності не тільки у процесі соціалізації особистості, а в першу чергу, у процесі розвитку когнітивних та вищих психічних функцій, активне впровадження інноваційних підходів до організації навчання та реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, обумовило пошук сучасних методів та підходів для забезпечення ефективності реабілітації дітей з ДЦП.

У відповідності до змісту Базового компоненту дошкільної освіти (2021) мовленнєва компетентність дитини дошкільного віку передбачає сформованість всіх компонентів мовленнєвої діяльності дитини у врахуванням вікових особливостей становлення мовленнєвого розвитку: зв'язне мовлення, фонематична, лексична, граматична система, культура мовленнєвого спілкування.

Аналіз існуючих на сьогоднішній день методик розвитку мовленнєвої компетентності дітей дошкільного віку з типовим та неповносправним розвитком, вивчення передового педагогічного досвіду, сучасних освітніх технологій, надбань педагогічної науки та досягнень відомих практиків, дозволив нам розробити програму розвитку мовлення дитини дошкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату на основі сенсорних матеріалів М. Монтесорі.

Методика М. Монтесорі з розвитку мовлення дитини ґрунтується на фізіологічній основі – створюються умови для спонтанного розвитку мовлення та різних видів мовленнєвої діяльності.

Головною метою розвитку маленької дитини М. Монтесорі вважала розвиток пізнавальних процесів та інтелекту. Основою формування пізнавальних процесів визнано сприйняття. Інтелектуальний розвиток дитини забезпечується здатністю збирати, розрізняти і класифікувати чуттєві враження. Розроблений М. Монтесорі сенсорний матеріал передбачає проведення з дитиною таких вправ, які допомагають дитині розвивати свій інтелект за допомогою усвідомлення, розпізнання і класифікації різних чуттєвих ознак предметів. Це не просто різноманітні іграшки для гри дитини, а саме дидактичний матеріал для серйозних навчальних вправ. Показово, що дії з цим матеріалом М. Монтесорі називала не грою, а «роботою».

У сенсорному матеріалі Монтесорі представлені різноманітні завдання щодо сприйняття та визначання якостей предметів – форми, кольору, розміру, температури, ваги, гладкості або шершавості поверхні, запахів, звуків та інших ознак. Основний акцент зроблено на те, що в першу чергу дитині подаються «виокремлені» від самого предмету якості, ознаки. В кожному предметі виділено саме ту ознаку-якість, на які потрібно сконцентрувати увагу дитини, і відкинуто все зайве, що відволікає дитину від усвідомлення цієї ознаки-якості.

Дуже прискіпливе ставлення до якості сенсорного матеріалу пояснюється тим, що в педагогічній системі М. Монтесорі він є провідним засобом навчання та корекції дитини.

Програма представляє собою комплекс ігрових завдань на основі сенсорного матеріалу М. Монтесорі. Для роботи нами були обрані наступні матеріали:

1. «Тактильні долоньки».

Набір містить фанерну панель (35 x 25 x 0,6 см), 6 карток (11,5 x 11,5 x 0,6 см) і 12 зображень долоньок різної текстури. Використання набору в освітньому процесі сприяє розвитку: уваги, спостережливості, сприйняття, пам'яті, моторики, сенсорних відчуттів, просторових уявлень, елементарних математичних уявлень.

2. Дошка Монтесорі.

Дошка Монтесорі виготовлена з фанери березової і покрита лаком. Для настінного розміщення є кріплення.

На дошці розміщені різні матеріали, розвиваючі тактильні відчуття (структура матеріалу, теплопровідність і ін.).

Використовуючи дошку, дитина вчиться стежити за рухомим предметом, розвиває координацію і концентрацію, дрібну моторику, пізнавальний інтерес.

3. Монтесорі – вкладка «Круг, квадрат, трикутник» Ці вкладиші розділені для того, щоб ускладнювати завдання поступово! Запропонуйте спочатку коло, потім поміняйте на трикутник і квадрат. А коли дитина почне впевнено збирати деталі можна запропонувати всі вкладиші відразу.

4. Брусочок – шнурівка допоможе в розвитку дрібної моторики, просторового сприйняття, логічного мислення і дасть уявлення про такі поняття як «розмір» і «колір». В брусочок з отворами необхідно протягнути кілочки різних діаметрів.

5. Дидактичні картки за темами «Пори року», «Африканські тварини».

Дорослий пропонує дитині за допомогою карток пограти в наступні ігри:

«Скажи який» – а дорослий демонструє картку з зображенням тварини та пропонує дитині підібрати слова-ознаки, відповідаючи на запитання «який?»

«Відгадай хто (що) це» – дорослий перелічує якості та пропонує дитині здогадатися про кого або що йдеться мова на основі наочності (серед представлених картинок дитина повинна обрати ту, про зображення якої чує опис).

Представлена нами програма формування мовленнєвої компетентності дитини дошкільного віку спрямована на розвиток лексичної сторони мовлення, зокрема, розширення словника прикметників та передбачає п'ять блоків завдань з використанням сенсорних матеріалів М. Монтессорі:

I Блок – Розширення словника прикметників.

Для вирішення корекційних завдань цього блоку використовуються дидактичні картки за темою «Пори року», «Африканські тварини».

Дітям пропонується пограти у гру «Скажи який».

II Блок – Узагальнення лексичних узагальнень.

1. Дидактичні картки за темою «Пори року», «Африканські тварини», дітям пропонується пограти у гру «Відгадай хто (що) це»

2. Матеріал «Тактильна долонька». Дітям пропонується розглянути матеріал, «поміряти» долоньку до своєї руки, та спробувати відповісти на запитання «Які почуття викликає «тактильна долонька», яка вона на дотик?» (гладенька, нерівна, шороховата). Також доцільним буде використовувати для формування відчуття тепла і формування прикметників з цієї тематики (холодний, теплий, гарячий).

III Блок – Формування лексико-семантичних явищ.

Для реалізації завдань цього боку дітям пропонуються Монтессорі-вкладка «Круг, квадрат, трикутник» та «Брусочок-шнурівка».

Спочатку необхідно провести роботу з ознайомлення дітей з дидактичними матеріалами, навчити визначати, що є елементами цих ігор, стимулювати відповідати на питання якого кольору та розміру ці деталі.

Коли дитина навчиться відповідати на ці завдання слід завдання ускладнювати: скажи навпаки, як ще можна сказати; спробуй визначити, яке слово зайве (педагог добирає прикметники, які описують елементи та їх колір, матеріал елементів дидактичного матеріалу)

1) антонімія (скажи навпаки).

2) синонімія (як ще можна назвати).

3) багатозначність (яке слово зайве).

IV Блок – Словотвір.

Для вирішення завдань цього блоку використовувалась «Дошка Монтесорі». Дитину необхідно ознайомити з дошкою, надати можливість розглянути та дослідити її спочатку під керівництвом педагога а потім самостійно. Під час роботи щодо виконання дидактичних завдань цього блоку дітям пропонується відповідати на запитання.

1) формування контролю за семантикою і морфологічним оформленням похідних слів. «Мішок – який (великий чи малий), мішечок – малий чи великий. Щітка (Яка), щіточка. Якщо щіточка, то яка вона за розміром?»

2) словотвір прикметників. «Яка на дотик щітка, а щіточка?», «Якого кольору мішечок, якого розміру?»

а) значення якостей предмета із суфіксами -ив, -лив, -н.

б) присвійних прикметників із суфіксами -ів, -ин, -ач, -яч, -и.

в) у значенні матеріалу із суфіксами –н, -ан, -ов, -ев.

V Блок – Лексична системність.

Виконання окреслених завдань цього блоку відбувається за допомогою «Дошки Монтесорі» та Монтесорі-вкладку «Круг, трикутник, квадрат». На основі цих дидактичних матеріалів дітей заохочують до словотворення за визначеними схемами за допомогою питань:

- 1) добір слів за схемою прикметник + іменник у називному відмінку.
- 2) добір слів за схемою іменник + якісні та відносні прикметники.

Отже, описана нами програма формування мовленнєвої компетентності дитини дошкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату побудована на особливостях розвитку дитини з ДЦП, індивідуальних особливостях дошкільників цієї категорії, враховує вікові особливості, досягнення передового педагогічного досвіду та провідні завдання мовленнєвого розвитку. Може бути застосована у процесі організації освітньо-реабілітаційної діяльності закладу освіти та під час проведення індивідуальних занять педагогами-практиками.

Список використаних джерел:

1. Богуш А.М. Дошкільна лінгводидактика: Теорія і методика навчання дітей рідної мови в дошкільних навчальних закладах: підручник. Київ : Видавничий дім «Слово», 2015. 704 с.
2. Гавриш Н.В. Розвиток зв'язного мовлення дошкільнят : навч.- метод. посіб. Київ : Шкільний світ, 2006. 120 с.
3. Дегтяренко Т.М., Вавіна Л.С. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навч. посібн. Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. 302 с.
4. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник/ Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. — Львів: Колесо, 2008. — 144 с.
5. Монтесорі М. Научная педагогика. Москва : Народная книга, 2014. 1024 с.

ЗМІСТ

Buganu D.-A. Language and communication disorders in preschool children with neuromotor disabilities.....	4
Dnestrean T. Community integrated care in rural Moldova.....	6
Marwane M. Formation of orthopedagogy as a science and practice of education and upbringing of people with motor disabilities.....	11
Olărescu V. Family's counselling of neuromotor disabled people.....	14
Racu A., Munteanu N. Asistența complexă a tinerilor cu dizabilități.....	17
Scoarță A. E. Unele aspecte privind recuperarea complexa a copiilor cu dezabilități ale aparatului locomotor.....	22
Sheremet M., Suprun D. Professional formation of personality in conditions of social cohesion in education	26
Авраменко І. Важливість організації самостійної форми роботи студентів з особливими освітніми потребами у вишах	30
Афузова Г. Патопсихологічний розвиток особистості при дефіцитарному розвитку (на прикладі церебрального паралічу) як психологічна проблема.....	34
Ачкевич С. Анімалотерапія та образ тварин у народній педагогіці як засіб реабілітації осіб з психічними та фізичними порушеннями.....	38
Бажмін В. Застосування методу адаптивної фізичної культури у комплексній реабілітації дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату протягом усього життя.....	41
Березіна О. Особливості розвитку особистості в період третього віку.....	44
Бєсєда В. Постава як тілесний прояв психологічних проблем	46
Білик-Шиманко О., Афузова Г. Розвиток емоційної сфери при дитячому церебральному паралічі.....	49
Бондаренко К. Корекційно-розвиткові технології у формуванні комунікативних умінь у дітей старшого дошкільного віку з ЗНМ ІІІ рівня.....	52
Бугайова Н. Від міжвидової агресії в тваринному світі до внутрішньовидової боротьби в людському суспільстві: мобінг, булінг, кібербулінг	54
Бураго А. Іпотерапія як метод сучасної реабілітації в Україні.....	59
Васильєв А., Бавольська О. Інноватика застосування інтерактивного обладнання бріюлайт в корекційно-розвитковій роботі.....	61
Волинець І., Панченко М. Особливості пізнавальної діяльності дітей з церебральним паралічем	65
Володченко Ж., Литовченко А. Шляхи інтеграції студентів з інвалідністю в освітнє середовище вищої школи.....	68
Глоба О. Концепція розвитку системи інформаційної медицини та комплементарної реабілітології.....	72
Гноєвська О. Формування дрібної моторики у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення ІІ-ІІІ рівня за допомогою використання предметів домашнього вжитку.....	75
Гончар Г. Прикладний аналіз поведінки як засіб формування імпресивного мовлення у дітей з аутизмом.....	79

Горошко В. Ефективність організації реабілітаційних заходів у дітей після кардіохірургічних операцій	82
Гриньо Л. Інноваційні підходи до виховного процесу дітей з особливими освітніми потребами.....	85
Гупаловська В. Психокорекційна робота за методом короткотермінової терапії, сфокусованої на вирішенні, з проблемами осіб з розладами опорно-рухового апарату.....	88
Заплатинська А. Особливості використання нейрокорекційних вправ у процесі організації навчання молодших школярів у закладах освіти з інклюзивною формою навчання.....	91
Івашура Н. Особливості взаємодії фахівця реабілітолога з дитиною з ООП під час комплексного обстеження в інклюзивно-ресурсному центрі.....	94
Ільченко О. Освіта дітей молодшого шкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату в умовах інклюзивної освіти	97
Ілюха Л. Комплексний підхід до фізичної реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та оцінка ефективності такого підходу.....	100
Калініна Т. Психологічний супровід дітей із затримкою психічного розвитку в умовах дошкільного закладу.....	103
Колишкін О. Використання засобів адаптивного фізичного виховання для осіб з наслідками дитячого церебрального паралічу.....	106
Комарова И., Спирин С. Некоторые аспекты преподавания курса «Основы инклюзивного образования» на педагогических специальностях в условиях классического университета.....	110
Кондрахіна Т. Ефективність застосування функціонального кінезіотейпінгу в дітей 8-10 років з плоско-вагусною деформацією стоп.....	114
Коротоножкін О., Афузова Г. Використання комп'ютерних технологій у психологічній корекції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (на прикладі системи Minecraft education).....	116
Кравець Н., Шубала Г. Деякі аспекти роботи асистента вчителя з учнями з особливими освітніми потребами.....	120
Круглик О. Сучасна технологія навчання осіб з особливими освітніми потребами.....	124
Круліковська О. Психолого – педагогічний супровід дітей з вадами в розвитку в інтегральній школі. Досвід Республіки Польща	126
Литв'яков М. Використання релаксаційних властивостей водного середовища в корекції фізичного розвитку дітей з порушенням опорно-рухового апарату.....	129
Луценко О., Казачінер О., Дрожик Л. Ерготерапія як засіб побутової адаптації та розвитку вищих психічних функцій дитини.....	132
Максимчук В., Войну Н., Потынгэ Д. Проблемы трудового обучения детей с детским церебральным параличом.....	135
Малинович Л., Вітюк М. Забезпечення логопедичним супроводом сім'ю дитини з дизартричними порушеннями	138
Маруда О. Корекційно-педагогічна допомога дорослим з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень в Україні	141
Никоненко Н. Підготовка вчителів осіб із порушеннями функцій опорно-рухового	

апарату в США.....	143
Огороднійчук З., Дубовик О. Особливості застосування тренінгу у формуванні професійно орієнтованих якостей спеціального психолога.....	147
Омельченко І., Кобильченко В. Методичний арсенал діагностування соціальної перцепції у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем.....	149
Паламар О. Забезпечення інтерактивності в процесі дистанційного навчання осіб з порушеннями зору.....	153
Панченко Т. Особливості ігрової діяльності дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	155
Пехарєва А. Ефективність використання музичної терапії у роботі ортопедагога.....	159
Платоненко Д. Формирование грамматического строя речи у детей с нарушением слуха: теоретический аспект.....	162
Погорлецки А. Физиологическое влияние упражнений для мелкой моторики как обоснование их применения в кинетотерапии и логопедии.....	165
Позднякова О. Психологічна компенсація як чинник корекційного виховання дитини з особливими освітніми потребами в умовах освітньо-реабілітаційного закладу.....	169
Пономарьова Г., Тельна О. Методи універсального дизайну в навчанні як фактор забезпечення особливих освітніх потреб учнів інклюзивного класу.....	172
Потамошнєва О. Формування лексичної системності у дітей з інтелектуальними порушеннями.....	175
Потапенко С. Використання сенсорно-інтегративного підходу у роботі з дітьми із затримкою психомовленнєвого розвитку.....	178
Проскурняк О. Лікувальна фізкультура як метод корекції порушень рухових функцій у дітей із залишковими явищами дитячого церебрального параліча	181
Романенко О. Особливості формування я-фізичного у школярів із церебральним паралічем.....	184
Савицький А. Морфологічні основи готовності до шкільного навчання дітей з синдромом Дауна.....	187
Самойлова І. Логопедичний супровід сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.....	191
Сасіна І., Гребенюк Т. Особливості тифлопедагогічного обстеження дітей з порушеннями зору в інклюзивно-ресурному центрі	194
Светлакова О. Динаміка образу я підлітків с порушеннями функцій опорно-двигательного апарата.....	197
Серпутько Г., Войтюк Ю. Основи тифлокоментування в освіті та розвитку осіб із порушеннями зору	201
Скачкова Ю. Су-джок терапія в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами	204
Склянська О. Психологічний аспект програм комплексної реабілітації для дітей раннього віку з порушеннями розвитку та їх родин.....	206
Солтис О. Фізкультурна корекційна казка—як основна форма фізичного розвитку	

дошкільників із порушеннями опорно- рухового апарату.....	209
Супрун М., Супрун Д., Галета З. Професійна підготовка фахівців до реабілітаційної діяльності в контексті супроводу осіб з особливими освітніми потребами.....	214
Тарасова В. Особливості звуковимовної структури мовлення дітей з церебральним паралічем.....	217
Тимофієнко Н. Особливості формування культури педагогічного спілкування у майбутніх сурдопедагогів.....	220
Тузова Г. Нейровідмінності у осіб з розладом спектру аутизму.....	223
Ханзерук Л. Спадщина М. В. Рождественської у ретроспективі розвитку в Україні допомоги дітям з порушеннями опорно- рухового апарату	226
Хоменко С. Атрибутивні ознаки процесу абілітації дітей раннього віку з особливими потребами.....	230
Цимбалюк А., Черненко Т. Особливості розвитку пам'яті у дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.....	232
Чайковська К., Проскурняк О. Передумови формування навичок читання у дітей молодших класів з порушенням інтелекту.....	236
Чеботарьова О. Сучасні практики навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту в умовах модернізації освіти.....	238
Черепанова И., Габьева Л. Логопедический аспект паллиативной помощи детям с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	241
Черненко Т. Обґрунтування актуальності дослідження історії розвитку системи освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні.....	244
Чуботару Н., Присакару А. Теоретические обоснования применения методики использования полифункциональной среды сенсорной комнаты в работе педагога-психолога с детьми, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	246
Чурило Н. Нейропсихологическая диагностика в детском возрасте: основные задачи и направления.....	251
Шашлова А. Урахування показників комплексного психодіагностичного дослідження при побудові індивідуальної освітньої траєкторії дитини з особливими освітніми потребами.....	254
Шевцов А. Ортопедагогіка та ортопсихологія – десять років системного розвитку.....	258
Шевчук Л., Черненко Т. Практичне використання рухливих ігор у роботі з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та інтелекту.....	262
Якуба Л. Актуальні проблеми освітньої інтеграції дітей раннього та дошкільного віку з комплексними та складними порушеннями розвитку.....	266
Яцинік А. Практика використання сенсорних матеріалів монтесорі у процесі формування мовленнєвої компетентності дошкільників з порушенням опорно-рухового апарату.....	270

ЗБІРКА МАТЕРІАЛІВ
IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОРТОПЕДАГОГІКИ,
ОРТОПСИХОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЇ»

присвяченій

10-річчю випускової кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології,

(18 березня 2021 року)

Підписано до друку 22.03.2021 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 16,74. Наклад 20 прим.

ТОВ «Альянт»

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 6749 від 08.05.2019 р.

E-mail: happydruk201@gmail.com, www.happydruk.com.ua