

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова
Міністерство освіти і науки України
Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Гладких Наталя Вячеславівна

УДК 376.015.3-056.36-053.66 (043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ
ОРГАНІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО
ШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

13.00.03 – корекційна педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Н.В. Гладких
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:

Глушенко Катерина Олександрівна,
кандидат педагогічних наук, доцент

Київ - 2017

Гладких Н.В. Організація індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями розвитку. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 13.00.03 «Корекційна педагогіка» (01 – Освіта/педагогіка). – НПУ імені М.П. Драгоманова, МОН України, Київ, 2017.

Дисертаційна робота присвячена проблемі індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку. У дослідженні розглянуто сучасні підходи до визначення сутності понять «психолого-педагогічний супровід», «комплексні порушення розвитку». Укладено комплексну діагностичну психолого-педагогічну методичку, яка дозволила визначити рівень розвитку навичок моторної, зорової та інтелектуальної сфер дитини. Визначено організаційні, діагностичні, дидактичні, корекційно-розвивальні, соціально-реабілітаційні умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу. Виявлено, що умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу істотно впливають на корекційно-педагогічний процес та визначають його ефективність.

Розроблено та описано етапи організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу даної категорії дітей: пропедевтичний етап, етап діагностики та визначення рівня функціонування дитини; етап розробки індивідуального календарно-тематичного навчального плану / розробки індивідуальної навчальної програми та його реалізації; етап контролю та внесення змін. Апробовано структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу та доведено її ефективність.

Ключові слова: комплексні порушення розвитку, індивідуальне навчання, корекційно-педагогічна робота, індивідуальний психолого-педагогічний супровід, комплексна діагностика, індивідуальна навчальна програма, індивідуальний календарно-тематичний навчальний план, опорно-рухове порушення, зорове порушення, порушення інтелектуального розвитку.

Gladkikh N.V. Organisation of individual psychological and pedagogical support for children of primary school age with multiple developmental disabilities. - Manuscripts.

Scientific thesis for the degree of candidate of pedagogical sciences (PhD) in speciality 13.00.03 "Correctional Pedagogy" – National Pedagogical M. Dragomanov University, Kyiv, 2017.

The relevance of the research topic is stipulated by insufficient scientific and methodological background for introducing individual form of education for children with severe forms of multiple developmental disabilities.

The author systematizes the classification, basic concepts and terminology used in reference to different combinations of mental and physical disabilities, offering the most precise Ukrainian language name for multiple disabilities and its definition. The thesis provides detailed description of particular features in development of a child with combined visual, motor and intellectual disability.

The author also defines major preconditions for effective implementation of the individual special educational support for children with multiple disabilities, which include organizational, diagnostic, didactic, corrective-developing and social-rehabilitation conditions. The organizational stages of the individual psychological and pedagogical support for this category of children was developed and described. The content of the propaedeutic training period according to three functional levels was suggested. The preconditions for the organization of individual psychological and pedagogical support, its structure and their effectiveness were consequently tested and confirmed.

Key words: multiple disabilities, correctional and pedagogical work, psychological and pedagogical support, complex assessment, individual educational program, individual calendar and thematic curriculum, motor disability, visual impairment, intellectual disability.

Список публікацій здобувача

1. Гладких Н. В. Формування графо-моторних навичок у дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору / Н. В. Гладких, К. О. Глушенко // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки : зб. наук праць . – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. – Вип. 8 (16). – С. 24-34.
2. Гладких Н. В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні / Н. В. Гладких, К. О. Глушенко // Науковий часопис імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. - № 26. – С. 52-57.
3. Гладких Н. В. Дослідження проблеми комплексних порушень розвитку у працях вітчизняних та зарубіжних вчених / Н. В. Гладких // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. – Вип. 10 (18). – С. 4-17.
4. Гладких Н. В. Індивідуальне навчання дітей з комплексними порушеннями / Н. В. Гладких // Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації Конвенції ООН про права інвалідів : тези доповідей XV Міжн. наук.-практ. конф., (м. Київ – 18-19 листопада 2015 р.). – К. : Університет «Україна», 2015. – С. 17-19.
5. Гладких Н. В. Діагностика стану розвитку загальної та дрібної моторики у дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору / Н. В. Гладких, К. О. Глушенко // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. праць: вип. 6 / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобороди -2006, 2015. – Т. 2. – С. 26-41.
6. Гладких Н. В. Організація індивідуального корекційно-педагогічного супроводу дитини з комплексними порушеннями / Н. В. Гладких // Медична і медико-педагогічна реабілітація дітей з аномаліями рефракції та захворюваннями

окорухового апарату : наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України з міжню участю 18-19 червня 2015 року : зб. наук. праць. – Київ, Фенікс, 2015. – С. 168-169.

7. Natalia Gladkykh Special Educational Support for Children with Multiple Disabilities in Ukraine: Expertise at Nadiya, the Specialised School for Children with Multiple Disabilities/ Natalia Gladkykh & Kateryna Glushenko // The Educator. Innovative Educational Practices. Volume XXIX - Issue 1. The International Council for Education of People with Visual Impairment. JULY 2015 – P. 40-45.

8. Гладких Н. В. Принципы организации индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей с комплексными нарушениями психофизического развития / Н. В. Гладких // Инклюзивные процессы в образовании : Междунар. конф., г. Минск, 27–28 окт. 2016 г. / Министерство образования Республики Беларусь ; редкол. А. М. Змушко [и др.]. – Минск : БГПУ, 2016. – С. 59-62.

9. Гладких Н. В. Мультидисциплінарний підхід у корекційно-навчальному процесі дитини з комплексними порушеннями розвитку / Н. В. Гладких // Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світі реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю : тези доповідей XVI Міжнародної науково-практичної конференції, (м. К. – 23-24 листопада 2016 року). Частина 1. – К. : Університет «Україна», 2016. – С. 27-29.

10. Гладких Н. В. Психолого-педагогічне обстеження дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку молодшого шкільного віку / Н. В. Гладких // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічної науки) / INDEX COPERNICUS. зб. наук. праць : вип. 8 / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобороди -2006, 2016. – С. 323.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	14
1.1. Підходи до визначення термінології, класифікації та етіології комплексних порушень розвитку.....	14
1.2. Особливості протікання психічного розвитку в умовах комплексного порушення опорно-рухового апарату, інтелекту та зору.....	33
1.3. Науково-методичні засади реалізації психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку в рамках індивідуального навчання.....	50
Висновки до розділу першого.....	62
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	64
2.1. Експериментальна методика комплексної діагностики психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору.....	64
2.2. Організація психолого-педагогічного обстеження дітей з комплексними порушеннями розвитку.....	90
2.3. Результати психолого-педагогічного обстеження дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями розвитку.....	94
Висновки до розділу другого.....	122
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ	125

3.1. Умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу.....	125
3.2. Етапи організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.....	140
3.3. Зміст психолого-педагогічного супроводу на пропедевтичному етапі навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку.....	168
3.4. Перевірка ефективності організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу для дітей з комплексними порушеннями розвитку.....	181
Висновки до розділу третього.....	191
ВИСНОВКИ.....	194
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	196
ДОДАТКИ.....	214

ВСТУП

Актуальність дослідження. Одним з основних гуманістичних прав є право на освіту. Для дітей з одиничними порушеннями психофізичного розвитку законодавчо передбачена можливість вибору форми шкільної освіти – спеціальна загальноосвітня школа, спеціальний або інклюзивний клас у загальноосвітній школі. Для дітей з комплексними порушеннями розвитку – це лише індивідуальне навчання на дому при спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах або розміщення в інтернатних установах системи органів соціального захисту в разі глибокої форми інвалідності. Новий базовий закон України «Про освіту» та «Концепція Нової української школи» також повністю не вирішують це питання.

Однією з найпоширеніших категорій дітей з комплексними порушеннями розвитку є діти, у яких поєднуються порушення інтелекту, зору та опорно-рухового апарату. Через складність структури комплексного порушення, специфіку комунікативної діяльності та взаємодії з оточуючими, підвищену чутливість до різних подразників, прояви нестабільного психоемоційного стану та поведінкові прояви, відмінні темпи психофізичного розвитку дана категорія дітей потребує адаптації змісту, форм і методів навчання, розробки індивідуальних навчальних планів та (або) програм, організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дитини й родини.

Переважає більшість попередніх наукових досліджень, що були присвячені проблемі комплексних порушень, стосувалася їх етіології та класифікації (Т. Басілова [19], Г. Бертинь [25], М. Блюміна [30]) або окремих категорій комплексних порушень, переважно подвійних сенсорних порушень (Л. Вавіна [34], Н. Бабич [11], К. Глушенко [47], Н. Олександрова [8], О. Мастюкова [104], С. Миронова [121], Т. Розанова [135], І. Соколянський [147], В. Чулков [163], Н. Яшкова [170], Я. Ван Дайк [173]). Так, особливості психічного розвитку дітей з порушеннями інтелектуального розвитку та зору розкриті у працях Н. Бабич [11], Г. Бертинь [25], Л. Вавіної [34], К. Глушенко [48], Л. Головчиц [50], М. Жигоревої [64], С. Миронової [121], О. Мещерякова [113], М. Певзнер [126],

І. Соколянського [148]; розвиток комунікативних можливостей сліпоглухих дітей – у роботах Т. Басілової [24], Г. Бертинь [26], К. Глушенко [47], О. Мастюкової [103], О. Мещерякова [113], В. Ремажевської [134], І. Соколянського [147].

Водночас досі немає науково обґрунтованих й методично виважених наробок з організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з поєднаним порушенням опорно-рухового апарату, інтелекту та зору.

У зв'язку з усім вищесказаним стає очевидною актуальність обраної теми дослідження – **«Організація індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями розвитку»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідних робіт кафедри тифлопедагогіки Факультету корекційної педагогіки та психології НПУ імені М.П. Драгоманова «Зміст освіти, форми, методи і засоби фахової підготовки вчителів». Тему дисертації затверджено на засіданні Вченої ради НПУ імені М.П. Драгоманова (протокол № 15 від 23.06.16) та узгоджено в Міжвідомчій Раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 532 від 16.05.17).

Мета дослідження: розробити та апробувати структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку в процесі індивідуального навчання.

Для реалізації зазначеної мети були окреслені такі **завдання:**

- 1.** Проаналізувати наукову літературу та попередні дослідження з метою впорядкування термінології та систематизації досвіду роботи з дітьми, які мають комплексні порушення розвитку.
- 2.** Розробити експериментальну методику психолого-педагогічного обстеження дітей з комплексними порушеннями розвитку з метою визначення першочергових завдань індивідуального психолого-педагогічного супроводу для кожної дитини.

3. Визначити та апробувати умови та структуру впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Об'єкт дослідження – процес індивідуалізованого корекційного навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Предмет дослідження – організація індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку в процесі індивідуального навчання.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення культурно-історичної теорії розвитку вищих психічних функцій (Л. Божович, Л. Виготський, О. Запорожець, О. Леонт'єв, С. Рубінштейн, Д. Ельконін та ін.); вчення Л. Виготського про складну структуру дефекту, про зону найближчого розвитку; психолого-педагогічна теорія корекційної спрямованості навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку (Л. Виготський, М. Земцова, О. Литвак, І. Моргуліс, В. Синьов); теорії компенсації та особливостей розвитку дітей із психофізичними порушеннями (Л. Виготський, М. Земцова, О. Леонт'єв, В. Лубовський, М. Певзнер, Є. Синьова, Л. Солнцева); досвід теоретичного та експериментального вивчення дітей з комплексними порушеннями розвитку (Т. Баилова, Г. Бертинь, М. Блюміна, Л. Вавіна, О. Мастюкова, М. Певзнер, Т. Розанова).

Методи дослідження. Для розв'язання окреслених завдань було використано наступні методи:

- теоретичний аналіз загальної та спеціальної літератури з проблеми дослідження з метою впорядкування категоріального апарату;

- вивчення й аналіз вітчизняних нормативних документів з метою з'ясування стану освітніх послуг для дітей з комплексними порушеннями розвитку;

- анкетування, бесіди, опитування батьків, аналіз документації спеціального навчального закладу з метою збору анамнезу та визначення причин порушень;

- констатувальний та формувальний експеримент, психолого-педагогічне обстеження дітей, опитувальники для батьків та спеціальних педагогів з метою визначення функціональних можливостей дітей та оцінки ефективності запропонованої структури супроводу;

- методи кількісної та якісної обробки даних з метою визначення рівнів розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку;

- феноменологічний підхід (метод case-study з метою опису конкретних випадків розвитку дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що *вперше*:

- обґрунтовано структуру організації індивідуального супроводу дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору в умовах індивідуального навчання;

- визначено умови реалізації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку;

- обґрунтовано експериментальну методику психолого-педагогічної діагностики для визначення актуального рівня розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку;

уточнено понятійний апарат стосовно категорії дітей з кількома поєднаними порушеннями;

подальшого розвитку набули форми, методи та прийоми індивідуального навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що:

- упорядкування термінологічного апарату сприятиме поширенню наукової та коректної термінології, дозволить уникнути різночитання наукових та навчально-методичних публікацій;

- запропонована експериментальна методика комплексної діагностики психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору може бути застосована при первинному та поточних обстеженнях дітей даної категорії;

- визначені умови та структура організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу можуть бути використані у практиці спеціальних навчальних закладів;

- запропонований зміст психолого-педагогічного супроводу на пропедевтичному етапі навчання дітей даної категорії може бути врахований при написанні індивідуальних навчальних календарно-тематичних планів та індивідуальних навчальних програм (ІНКТП/ІНП) для кожної дитини;

- результати дисертаційного дослідження можуть бути використані для професійної перепідготовки та підвищення кваліфікації корекційних педагогів, тифлопедагогів, вчителів, вихователів, психологів, логопедів спеціальних закладів для дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Особистий внесок здобувача. У роботах, опублікованих у співавторстві [43; 44], особистий внесок здобувача стосується обґрунтування науково-методичних засад організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися та були обговорені на *Міжнародних науково-практичних конференціях*: «Світ на кінчиках пальців» (Харків, 2015); «Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світі реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» (Київ, 2015); «Медична і медико-педагогічна реабілітація дітей з аномаліями рефракції та захворюваннями очорухового апарату» (Львів, 2015); «Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світі реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» (Київ, 2016); на *Всеукраїнських науково-практичних конференціях*: «Сходинки до незалежності» (з проблем забезпечення права дітей з тяжкими порушеннями зору на якісне виховання та підготовку до інтеграції в суспільство) (Харків, 2016); «Психолого-педагогічний та офтальмологічний супровід інклюзивної освіти дітей з порушеннями зору» (Київ, 2016); на *міжрегіональних науково-практичних конференціях*: «Проблеми індивідуальної освіти» (Київ, 2012); «Кращі практики

соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, їх сім'ями: реабілітація на рівні громади» (Київ, 2016); семінар для волонтерів фестивалю «Повір у себе» «Особливості спілкування та супроводу дітей та молоді з комплексними порушеннями та порушеннями зору в межах фестивалю для дітей та молоді з інвалідністю» (Київ, 2014-2016).

Результати дослідження **впроваджено** у роботу спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» для дітей з психічними та (або) фізичними обмеженнями (довідка № 263 від 15.09.17), Центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Солом'янського району міста Києва (довідка № 104 від 13.09.17) та Центру реабілітації молодих осіб з інвалідністю та членів їхніх сімей «Право вибору» міста Харкова (довідка № 107 від 14.09.17).

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження висвітлено у 10 публікаціях, з яких 6 є одноосібними, 4 надруковано у фахових виданнях, 1 – у виданні, зареєстрованому в наукометричній базі Index Copernicus, 5 – в збірниках матеріалів конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (185 найменування на 17 сторінках) та 21 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 263 сторінок, з них основного тексту – 195 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

1.1. Підходи до визначення термінології, класифікації та етіології комплексних порушень розвитку

Сьогодні в Україні спостерігається комплексний процес переходу до якісної освіти дітей з психофізичними порушеннями шляхом організації їх навчання в загальноосвітніх навчальних закладах. Такий напрямок педагогічної роботи на сучасному етапі розвитку нашої країни є актуальним, духовним та гуманним. Але більшість дітей з комплексними порушеннями розвитку не можуть навчатися у загальноосвітніх навчальних закладах через тяжкість первинних порушень. Ця проблема є актуальною на сьогодні.

За даними академіка В. Синьова [142] лише за останні роки захворюваність серед дітей України, яка за різних обставин призводить до інвалідності, зросла майже на 20 %. Збільшення кількості народження дітей із порушеннями в розвитку не тільки проблема українського, але й глобального масштабу. Це позначається на стані фізичного й психологічного розвитку дітей, їх працездатності, на якості освіти, на психологічній і соціальній адаптації.

У Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю від 06.07.2016 дається визначення поняття "особа з інвалідністю". До осіб з інвалідністю належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

У нормативних документах [1; 5] використовується ряд термінів, таких як «діти з особливими освітніми потребами», «молодь з інвалідністю», «діти зі складними вадами розвитку», «діти з тяжкими порушеннями розвитку», «діти з обмеженими можливостями здоров'я» тощо.

В основних законах України про освіту зустрічаються застарілі терміни, що співвідносяться з медичною та соціальною моделями інвалідності. Медична модель інвалідності «розглядає порушення здоров'я як характеристику особи, що може бути викликане хворобою, травмою чи станом здоров'я» і, відповідно, потребує медичного чи іншого втручання з метою «корекції» відповідної проблеми особи. Звідси випливає, що медична модель інвалідності є хибною, оскільки люди з інвалідністю не обов'язково хворі і їхній стан здоров'я не обов'язково може бути покращений медикаментозним відновлювальним лікуванням.

Соціальна модель інвалідності не заперечує наявності фізіологічних відмінностей, підтримує ідею про те, що турботу про лікування і реабілітацію потрібно залишити фахівцям, а результати їхньої діяльності не повинні впливати на те, чи буде людина з інвалідністю повноправним членом суспільства. Таким чином, соціальна модель спонукає державу до створення «суспільства для всіх» [151, с. 31].

Зараз Україна на шляху переходу від соціальної моделі інвалідності до розуміння «інвалідності» як правозахисної моделі. Ця модель ґрунтується на правах, які спрямовані на пошук можливостей поважати і підтримувати багатогранність людей з інвалідністю шляхом створення необхідних умов для їх повноцінної участі в житті суспільства [70, С. 188].

Проблемами удосконалення освіти для дітей з порушеннями розвитку та розглядом моделей інвалідності займалися такі вчені як В. Бех [28], В. Бондар [32], Л. Борщевська [33], І. Зверєва [68], І. Іванова [68], Л. Одинченко [32] та ін.

Порушення розвитку можуть проявлятися різноманітними поєднаннями. Це можуть бути поєднання сенсорних, інтелектуальних, рухових, мовленнєвих і емоційних порушень, наприклад: поєднання порушення зору і слуху (сліпоглухота), зору і системного порушення мовлення, зору і порушення інтелекту, порушення слуху й інтелекту, зору і опорно-рухового апарату.

Серед дітей з психофізичними порушеннями виділяємо категорію дітей, у яких зустрічається декілька первинних порушень. За статистичними даними, діти

з комплексними порушеннями розвитку складають до 40% контингенту спеціальних навчальних закладів. Проте ця оцінка умовна, бо значна частина таких дітей знаходиться за межами навчального простору [163, с. 322-344].

Наявність не одного, а двох, а то й більше первинних порушень збіднює контакт дитини із зовнішнім світом, вона потрапляє в умови депривації (сенсорної та культурної).

Категорія дітей з комплексними порушеннями розвитку є маловивченою у спеціальній літературі.

При розгляді проблеми комплексних психофізичних порушень важливим є врахування факту унікальності та своєрідності розвитку таких дітей, необхідність уваги до великої кількості проблем медичного, психологічного, освітнього і, як наслідок, соціального характеру, що виникають в процесі їх навчання і соціальної реабілітації.

Діти з комплексними порушеннями розвитку навчаються у різних спеціальних закладах, що обумовлює виникнення значних труднощів при визначенні змісту педагогічної роботи. До однієї з найбільш складних категорій комплексних порушень розвитку відносяться діти з поєднанням порушень опорно-рухового апарату, інтелекту, зору та мовлення, що потребує диференційованого підходу до їх психолого-педагогічної корекції [64, с. 42].

Тобто, методика навчання у спеціальних навчальних закладах орієнтується на провідне порушення і не може забезпечити в достатній мірі всебічність та повноту навчання при поєднанні первинних порушень.

З огляду на вище сказане стає очевидною потреба не тільки модернізації змісту навчання, виховання та розвитку й підготовки дітей до самостійного життя і праці, а й розбудови суспільства на засадах, які, з одного боку базуються на історичних традиціях гуманного ставлення до дітей, що потребують соціальної підтримки суспільства та педагогічної допомоги у подоланні труднощів у навчальній діяльності і поведінці, з іншого – які спираються на міжнародний досвід і реалії сьогодення.

Взагалі, Т. Басілова [15] зазначає, що можна виділити більше двадцяти типів складних та множинних порушень, які можуть бути представлені поєднанням первинних сенсорних, рухових, мовленнєвих, емоційних порушень, а також поєднанням усіх цих порушень з порушеннями інтелекту різного ступеня.

Водночас у спеціальній літературі спостерігається відчутна неупорядкованість термінології, що використовується для позначення поєднання декількох порушень розвитку. Назріла необхідність уніфікації та уточнення значення ряду термінів, які одночасно використовуються у сучасній спеціальній україномовній і російськомовній літературі. У працях вітчизняних дослідників зустрічаємо терміни: складне порушення, порушення складної структури, складні, множинні, комплексні та комбіновані порушення розвитку [90, с. 3].

На пострадянському просторі не має єдиної офіційної термінології для позначення різних типів поєднання психофізичних порушень.

Досі в нашій країні не існує офіційного загальновизнаного визначення комплексного порушення як особливого виду дитячої і дорослої інвалідності. Інвалідність і досі визначається за одним, найбільш вираженим порушенням. Наприклад, сліпоглухі люди в нашій країні є найчастіше інвалідами дитинства по зору, рідше – по слуху, а інколи – по психічному захворюванню.

На сьогодні не встановлена єдина термінологія, яка стосується дітей з декількома первинними порушеннями. Порушення одного типу можуть бути названі й складними, й комплексними, й множинними.

Тому необхідно спочатку визначитися з основними поняттями, якими будемо оперувати в подальшому, означити, чим вони відрізняються, яку мають структуру поняття.

Розглянемо такі терміни, як «складні порушення», «складні сенсорні порушення», «бісенсорні порушення», «провідні порушення з супутніми», «потрійні порушення», «ускладнені порушення», «поєднані порушення», «множинні порушення», «комплексні порушення розвитку».

На нашу думку, для визначення стратегії педагогічної роботи необхідно розмежувати ці терміни, розглядаючи їх не тільки з позиції клінічної

характеристики, але й з педагогічної, тобто визначення труднощів у вихованні та навчанні дітей.

Ми вважаємо, що проблематику порушень у розвитку потрібно розглядати в контексті основних теоретичних положень про структуру аномального розвитку, яка була розроблена Л. Виготським [41]. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності первинного порушення, який викликаний біологічним фактором, та вторинних порушень, які виникли внаслідок первинного.

Процес розвитку дітей з психофізичними порушеннями розкривається на основі детермінованості усіх явищ, які характеризують «аномальний» розвиток під впливом тієї чи іншої патології. Спираючись на концепцію Л. Виготського [41], можна сказати, що будь-яке порушення розвитку, яке спостерігається у дитини, має ієрархічну структуру первинності і вторинності, тобто складну структуру.

Отже, у випадках патологій окремі порушення зберігають свої особливості, але при цьому виникає якісно новий варіант розвитку дитини. Своєрідність структури при різноманітних порушеннях визначається характером первинного недоліку, вторинних відхилень, відхилень третього і четвертого порядку. І саме на це ми будемо спиратися при розгляді термінів, які визначають порушення розвитку.

Перегляд термінів розпочнемо з найуживанішого терміну на пострадянському просторі та в сучасній російськомовній літературі «складне порушення».

Терміном «складне порушення» користуємося в спеціально-педагогічній практиці, але ми вважаємо, що семантично цей термін більше позначає глибину та тяжкість порушення, ніж поєднання декількох первинних порушень у його структурі. Наприклад, цей термін використовуємо для позначення важких порушень, таких як порушення інтелекту у формі глибокої розумової відсталості, яке є складним в корекційному плані порушенням.

Під цим терміном розуміють різні варіанти поєднання двох порушень, але цей термін є некоректним. У своїй роботі ми розглядаємо тлумачення вчених, але з назвою не погоджуємося.

Термін «складне порушення» («сложное нарушение») зустрічаємо в працях Т. Басілової [23], Г. Бертинь [27], М. Блюміної [30], О. Мастюкової [104], Н. Олександрової [8], М. Певзнера [127], Т. Розанової [135], В. Чулкова [163].

Термін «складне порушення» зустрічаємо переважно у працях, датованих 80-90 роками ХХ ст. Розвиток системи спеціальної освіти ознаменувався усвідомленням необхідності подальшої диференціації спеціальних шкіл, відкриття класів для дітей, у яких зустрічалися складні порушення, які не дозволяли їм вчитися за типовими програмами [96, с. 5]. В НІІ дефектології АПН СРСР були проведені клініко-психолого-педагогічні дослідження глухих та слабочуючих школярів, які відчувають труднощі у навчанні. Були досліджені різні варіанти поєднання глухоти з порушенням інтелекту у формі легкої розумової відсталості, недоліками зору, порушеннями опорно-рухового апарату (Г. Бертинь [25], М. Певзнер [126], Т. Розанова [135], Н. Яшкова [170]). Для визначення поєднання різноманітних первинних порушень найчастіше використовувався термін «складне порушення».

Т. Басілова [18], Н. Олександрова [8] відмічали, що порушення розвитку може бути одиничним (ізольованим) або складним (множинним).

За Т. Басіловою [24, с. 20] та Н. Олександровою [24, с. 20] складне (множинне) порушення – це порушення двох чи більше систем організму первинного характеру в однієї дитини з наступним комплексом вторинних відхилень. Наприклад, сліпоглухота, сліпота і порушення мовлення, слабозорість та рухові порушення, порушення інтелекту з вираженими порушеннями зору та слуху й інші.

В. Чулков [163, с. 338] до складних порушень дитячого розвитку відносить поєднання двох чи більше психофізичних порушень (зору, слуху, мовлення, розумового розвитку та ін.) у однієї дитини. Наприклад, поєднання глухоти та

слабозорості, поєднання порушення інтелекту, поєднання порушень опорно-рухового апарату та порушення мовлення.

Г. Бертинь [25], Л. Головчиц [50], О. Мещеряков [112], І. Соколянський [148], Van Dijk [36], вважали, що складне порушення – це специфічно цілісний феномен, який характеризує принципово особливу ситуацію розвитку дитини.

М. Блюміна [30] відносить до складних порушень тільки такі порушення розвитку, при яких спостерігається два або більше первинних порушень, і кожне існує в цьому комплексі з характерними для нього вторинними відхиленнями, що ускладнюють загальну структуру порушення і затримують його компенсацію. Наприклад, складне порушення має місце у дитини з одночасним ураженням зору і слуху, або слуху та моторики і т.п.

Термін «складне порушення» («сложное нарушение») закріпився у російській спеціальній літературі.

У процесі клінічних обстежень робились спроби уточнення термінології в даній галузі (Г. Бертинь [27], М. Блюміна [30], О. Мастюкова [104]). За характером прояву різних порушених функцій М. Блюміна [30] виділяла два типи комбінацій порушень, які є у однієї дитини. *Перший* – коли наявність одного порушення веде за собою вторинні та порушення третього порядку, наприклад, порушення слуху викликає вторинне недорозвинення мовлення та відставання в розумовому розвитку. *Другим* типом взаємодії між порушеними функціями є взаємозв'язок, при якому одні з них ускладнюють прояви інших, наприклад, форми олігофренії ускладнені руховими порушеннями.

Російські вчені вказували, що складні порушення – це поєднання двох або більше первинних психофізичних порушень, що в однаковій мірі визначають структуру аномального розвитку та труднощі соціальної адаптації дитини (Т. Басілова [24], Г. Бертинь [25], О. Мастюкова [103], М. Певзнер [127], Т. Розанова [135]). Ці порушення обумовлюють відхилення від нормального ходу розвитку та пов'язані з порушеннями різних систем, кожне з яких існує в тому комплексі з характерними для нього особливостями. В групі складних порушень,

як правило, переважають вроджені форми патології, які мають в переважній більшості випадки генетичного походження.

Наступний термін - це «подвійні сенсорні порушення».

Подвійні сенсорні порушення – це поєднання виражених порушень слуху та зору. Цей термін охоплює лише окрему категорію дітей, не враховуючи інші порушення розвитку.

Для позначення порушень слуху та зору Г. Бертинь [25], Р. Марєєва [100], О. Мещеряков [109], Н. Олександрова [8], М. Певзнер [127], Т. Розанова [135], І. Соколянський [148] використовували поняття «подвійні сенсорні порушення».

Власне, дослідження проблематики навчання дітей з комплексними порушеннями почалося з вивчення особливостей психічного розвитку окремих випадків поєднання сенсорних порушень, а саме сліпоти та глухоти.

О. Мещеряков [109] відмічав, що діти, які мають сліпоту і глухоту, ізольовані від суспільства, і найчастіше їх приймають за дітей з порушеннями інтелекту.

Треба відмітити, що довгий час йшлося в основному про групу дітей з глухотою та сліпотою – сліпоглухих, яких на той час називали «сліпоглухоніми» (Р. Марєєва [100], О. Мещеряков [110], І. Соколянський [147]). Сьогодні в цьому терміні не доцільне використання в назві вторинного відхилення – німоти. Як правило, виділення цих груп дітей було обумовлено необхідністю вибору спеціального шляху навчання, оскільки діти не могли навчатися в жодному з існуючих типів шкіл. Так, до сліпоглухих були віднесені діти, які за станом зору не могли навчатися в школі для глухих, а за станом слуху – в школі для сліпих. Пізніше, в 90-их роках, в структурі подвійних сенсорних порушень почали визначати тільки первинні, а дітей, які мали тяжкі порушення зору та слуху, почали називати сліпоглухими, а термін «сліпоглухоніми» нині вважається застарілим. Поступово по відношенню до цієї групи в якості синонімів почали використовуватися термін «подвійні сенсорні порушення», під яким розумілося поєднання порушень слуху і зору, виражених різною мірою.

У США сліпоглухота визначається як комбінація порушень зору та слуху, яка створює особливі труднощі спілкування і потребує забезпечення спеціальних освітніх потреб [24, с. 2].

У наукових працях Т. Басілової [24], Г. Бертинь [25], О. Катаєвої [74], Р. Марєєвої [100], М. Певзнер [126], В. Чулкова [163], зустрічаємо термін «потрійне порушення», який позначає різноманітні поєднання порушень слуху та зору, а також інтелекту, мовлення або опорно-рухового апарату. Ми проаналізували проведені клінічні та психолого-педагогічні дослідження дітей з «потрійним порушенням» («тройное нарушение») (Т. Басілова [23], Г. Бертинь [24], М. Жигорева [64], О. Катаєва [74], Р. Марєєва [100], М. Певзнер [126], В. Чулков [163]). В процесі вивчення дітей були виявлені різноманітні поєднання порушень слуху, зору, інтелекту, рухової сфери, мовлення, що, на думку дослідників С. Сироткіна [145] та Е. Шакенова [145], робило використання терміна «сліпоглухі» неправомірно широким, й водночас неповним і неточним.

О. Мещеряков [108], Т. Розанова [135], які займалися проблемою поєднаних порушень («сочетанный дефект»), відмічали той факт, що психічний розвиток при подвійному чи потрійному порушенні не зводиться до суми особливостей психічного розвитку при кожному порушенні, а утворює нову, складну структуру порушень і потребує особливого психолого-педагогічного підходу. Так, сліпоглухі діти в своєму розвитку істотно відрізняються від інших категорій дітей.

Наступний термін - це додаткові порушення («дополнительные нарушения»). Цей термін передбачає одне провідне порушення, яке виражене в більшій мірі, й додаткове порушення, яке виражене в меншій мірі.

Слід відзначити, що для української наукової мови термін «супутні» є більш слушним, проте він може бути використаний лише тоді, коли йдеться про інше порушення неглибокого ступеня, що має ускладнюючий характер. Використання ж таких словосполучень є недоречним по відношенню, наприклад, до глухої дитини з розумовою відсталістю, коли інтелектуальне порушення не може розглядатися як супутнє, а впливає на протікання розвитку дитини такою ж мірою, як і порушення слуху, якщо не більшою.

В галузях спеціальної педагогіки зустрічаємо [8; 24; 25] словосполучення, в яких представлені провідні (тобто виражені в більшій мірі) порушення з визначенням «додаткові» («глухі діти з додатковими порушеннями», «сліпі діти з додатковими порушеннями»).

На поширення такої різноманітної термінології вплинули праці іноземних авторів. Використані ними терміни були кальковані вітчизняними дослідниками. З англійської «additional» означає додатковий, а в українській мові «супутній».

D. Mooges [172] визначав, що особливу категорію складають глухі діти з супутніми порушеннями, які буває складно виявити, але ще складніше створити для таких дітей адекватні умови виховання та навчання. Саме західними генетиками були описані синдромальні форми генетичної глухоти, а завдяки лікарям Західної Європи стала відома роль внутрішньоутробних інфекцій при виникненні складних та множинних порушень розвитку.

D. Mooges [172] відмічав, що у глухих дітей частіше зустрічаються супутні порушення, ніж у дитячій популяції в цілому. Але таке тяжке порушення, як порушення інтелекту може залишитися не виявленою (наприклад, туговухість в поєднанні з інтелектуальним порушенням може бути ідентифікована як глухота, а зниження зору у глухих дітей часто залишається непоміченим).

J. Van Dijk [174] відмічає складності відмежування впливу інтелектуальних та сенсорних порушень на хід психічного розвитку дитини.

До особливої групи D. Mooges [172] відносить дітей з труднощами у навчанні та порушенні поведінки. Найчастіше серед глухих зустрічаються діти з порушеннями мовлення, глухі діти з емоційними та поведінковими порушеннями (емоційні порушення є наслідками супутніх захворювань, наприклад, аутизму або психічних розладів).

Отже, глуха дитина з «додатковими» порушеннями має одне провідне порушення і супутні захворювання, які перешкоджають нормальному розвитку дитини.

Наступний термін, який є недостатньо визначеним в літературі, є поняття «ускладнене порушення». Наявність у дитини з первинним сенсорним або

інтелектуальним порушенням легких порушень опорно-рухового апарату, або, найбільш частіше, поведінкових труднощів, в практиці нерідко трактується як «складне порушення», за рахунок чого дана група дітей розширюється [11, с. 7]. Це ускладнює диференціацію термінів «супутне» та «ускладнене порушення». При «ускладненому порушенні» наявні два первинні порушення, одне з яких виражене в більшій мірі. Інше первинне порушення виражене в меншій мірі. Ми не погоджуємося з цим терміном, оскільки «ускладнені порушення» можна трактувати як складні або множинні.

При «ускладненому порушенні» є одне первинне порушення, яке поєднується з іншими порушеннями в легкій мірі (Г. Бертинь [27], О. Мастюкова [107], М. Певзнер [126],). Наприклад, в даному типі порушень йдеться про глухоту або зниження слуху, які ускладнені негрубими руховими або зоровими розладами, неврологічною патологією або психопатологічними розладами, соматичними захворюваннями. В клініко-психолого-педагогічних дослідженнях підкреслюється негативний вплив на психічний розвиток дитини ускладнених порушень, збільшення вторинних відхилень, які призводять до відставання в соціальному, пізнавальному, мовному розвитку [88].

Розуміння структури «ускладненого порушення» трактується рядом сучасних дослідників (М. Жигоревою [64], О. Мастюковою [107] та іншими). Ускладнене порушення передбачає наявність декількох (як правило, двох) первинних порушень, одне з яких визначає структуру порушення, оскільки обумовлює вторинні відхилення, а інші первинні порушення (в силу того, що вони нерізно виражені) не призводять до виражених негативних наслідків та не впливають на провідне порушення. При умові раннього виявлення та надання комплексної допомоги нерізно виражені первинні порушення компенсуються. Прикладом ускладненого порушення може бути глухота з легким опорно-руховим порушенням.

Ускладнене порушення характеризується виділенням провідного, або головного, порушення і ускладнюючих його розладів. Наприклад, у дитини з порушеннями розумового розвитку можуть спостерігатися нерізно виражені

порушення зору, слуху, опорно-рухового апарату, емоційні і поведінкові розлади. І провідне, і ускладнююче порушення можуть мати характер як пошкодження, так і недорозвинення. Нерідко спостерігається їх поєднання.

Ускладненим порушенням може бути, наприклад, поєднання ліквородинамічних, рухових та поведінкових розладів, які можуть розглядатися як симптоми ускладненої розумової відсталості як результат перинатального ураження ЦНС. Результатом менінгіту, який перенесений в ранньому віці, може стати глухота, ускладнена гідроцефалією та епілепсією, або амбліопією чи косоокістю. Діти з ускладненим порушенням, як правило, можуть успішно навчатися разом з дітьми, які мають аналогічне провідне порушення, для них немає необхідності створювати особливі програми і підбирати методи навчання, достатньо індивідуального підходу, який буде враховувати їх особливості.

Наступний термін - це «множинні порушення» («множественные нарушения»). Цей термін використовується у спеціальній педагогіці для визначення поєднання трьох і більше виражених порушень розвитку, які обтяжують його протікання. Цей термін є досить багатозначним.

До «множинних порушень» можна віднести і поєднання у однієї дитини цілого ряду порушень, які викликані глибоким ураженням ЦНС, які зачіпають сенсорну та рухову сферу дитини. Такими порушеннями можуть бути виражені порушення зору та ДЦП, глухоти та ДЦП, сліпоглухота, сліпота і туговухість, сліпота і системне порушення мовлення, розумова відсталість та виражене порушення зору, знижений зір і глухота, знижений зір з глухотою і порушенням руху тощо.

У США використовують термін «multiple disability», що розглядається як наявність у дитини декількох психофізичних порушень: порушення інтелекту та сліпоти, порушень інтелекту та опорно-рухового апарату й інших поєднаних порушень. Саме такі комбінації, на думку американських спеціальних педагогів, є причинами особливих потреб, що не можуть бути враховані в рамках спеціальних освітніх програм, орієнтованих на одне порушення [30, с. 8]. При цьому зазначимо, що використання дослівного перекладу використовуваного в

англомовній літературі терміна буде недоречним, оскільки українською мовою він також звучатиме «множинне порушення». А як ми знаємо, у вітчизняній спеціальній літературі він використовується на позначення трьох і більше порушень психофізичного розвитку, виражених різною мірою. Ще більшою помилкою, з точки зору наукової термінології, головними ознаками якої завжди були точність формулювання і грамотність, є калькуюча назва «мультидефект».

Власне, у зарубіжній, в першу чергу, англомовній літературі, можна відмітити тенденцію до зміни термінології, пов'язаної з найменуванням психофізичних порушень, на більш коректні висловлювання. Відзначається відхід від терміну «handicap» («дефект», «порушення») на користь терміну «disability», який можна перекласти як «неспроможність», або «відсутність можливості». Сьогодні все рідше використовуються терміни «handicapped children», «severely profoundly handicapped» для позначення дітей з поєднанням порушень сенсорного та інтелектуального розвитку, тяжких рухових розладів. Іноземна спеціальна педагогіка оперує термінами, аналоги яких важко підібрати в українській та російській мовах – «complex impairments» (комплексні порушення), «multiply impairments» (множинні порушення), «additional disabilities» (додаткові порушення) [50, с.7]. Тоді як пряме значення слова «impairment» найближче до українського слова «ураження».

У США використовують такий термін як «multiple disabilities», який у дослівному перекладі означає «множинне порушення» чи «примножене порушення». «Множинне порушення» розглядається як наявність у дитини декількох порушень: інтелектуального порушення та сліпоты, порушень інтелекту та опорно-рухового апарату (ДЦП) й інших поєднань [12, с. 38-39]. На думку американських спеціалістів, такі комбінації викликають наявність особливих освітніх потреб, які не можуть бути враховані межами спеціальних освітніх програм, які розраховані на якесь одне з існуючих порушень [173, с. 8-10].

Різні види глибокого органічного ураження ЦНС, наслідком якого є глибоке відставання в розумовому розвитку, ускладнене сенсорними, руховими та мовленнєвими порушеннями як результат недорозвитку чи локального ураження

ряду областей кори головного мозку дитини, є випадками, які відносяться до множинних порушень.

У спеціально-педагогічній практиці все частіше зустрічаються діти з множинними порушеннями – розумово відсталі сліпоглухі, діти з порушеннями опорно-рухового апарату в поєднанні з порушенням органів слуху чи зору.

Отже, множинним порушенням називається поєднання трьох і більше порушень (первинних), які виражені в різній мірі й які приводять до значних відхилень в розвитку. Він традиційно використовувався у вітчизняній спеціальній педагогіці для визначення поєднання трьох і більше виражених порушень розвитку. Наприклад, О. Мещеряков [109] використовував цей термін по відношенню до сліпоглухих дітей з інтелектуальним порушенням. На сьогодні його використання найчастіше всього пов'язується з випадками патології генетичного походження, тяжких органічних порушень ЦНС, при яких поєднуються сенсорні, інтелектуальні, рухові порушення, виражені різною мірою. Термін «множинні порушення» інколи використовується й для позначення поєднання двох первинних порушень, є синонімом терміну «складні порушення» (Т. Басілова [24], Н. Олександрова [8]). Як відмічається спеціалістами, у випадках множинних порушень найчастіше всього в першу чергу виявляється одне або два тяжких розлади, оскільки виявляються інші вроджені чи набуті недоліки розвитку. До множинних порушень відносять різноманітні комбінації сенсорних, рухових, інтелектуальних порушень, розладів емоційно-вольової сфери. Однак чітке окреслення меж групи дітей з множинною патологією є досить проблемним.

Найбільш складним є тлумачення даного терміну відносно дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями розвитку, коли поступовість розвитку дитини тісно пов'язана з дозріванням її мозку. При цьому спостерігається велика варіативність індивідуальних темпів розвитку, яка визначається поєднанням та вираженою патологією аналізаторів, генетичних факторів, станом здоров'я дитини, соціальним середовищем. У ранньому та дошкільному віці в багатьох випадках виражається досить проблемним відмежування провідних порушень від супутніх в структурі складних та множинних порушень. За даними

Н. Олександрової [8], серед дітей раннього віку з відхиленнями в розвитку відмічається збільшення кількості дітей, які мають поєднання сенсорних порушень з вираженими формами ДЦП, аутистичними розладами, що можна розцінювати як появу нових форм складних порушень.

Можливості психофізичного розвитку дітей з множинними порушеннями різні, оскільки деякі діти мають три і більше порушення в розвитку, виражені в різній мірі, наприклад, поєднання одного важкого сенсорного порушення та інших, які виражені в легкій мірі. Поєднання недоліків дає кумулятивний ефект та обумовлює труднощі в психофізичному розвитку дитини в порівнянні з однолітками, які мають одиничне порушення.

W. Duplan [171], J. Dijk [175] виявили можливості соціальної інтеграції дітей з множинними порушеннями та виділили серед них групи дітей, які функціонують на високому, середньому та низькому рівні. Виявлено, що 30% дітей з множинними порушеннями можна оцінювати як таких, які функціонують на високому рівні: вони можуть бути частково адаптовані до соціальних умов, включені в побутові процеси, вміють організувати своє дозвілля. Ще 42 % дітей з множинними порушеннями функціонують на середньому рівні, інші – на низькому рівні. Склад групи визначався наявністю і поєднанням різноманітних порушень. У дітей, які функціонували на більш високому рівні, був кращий стан зору, але відмічалися більш глибокі порушення слуху. Серед дітей, які віднесені до середнього рівня функціонування, було багато дітей, які мали порушення інтелекту з порушеннями слуху і зору. До функціонуючих на низькому рівні були віднесені діти з важкими руховими порушеннями та найбільшою втратою зору і слуху.

Наступний термін - це «порушення складної структури». Нерідко зустрічаємо цей термін, переважно у публікаціях суміжних із корекційною педагогікою галузей. Але цей термін є недоцільним, оскільки він співзвучний з поняттям «складна структура аномального розвитку» Л. Виготського. У відповідності з вченням Л. Виготського [41] про первинні та вторинні відхилення особливе значення приділялося дослідниками вивченню взаємозв'язку

біологічних та соціальних факторів, можливостям компенсаторного розвитку при різних варіантах структури порушень. В даний час при використанні терміна «складна структура порушень» іноді виникає змішування різних понять. Л. Виготським [41] було введено поняття про системний характер порушень. Для визначення взаємозв'язку відхилень різного порядку у дитини з одиничними порушеннями отримав розповсюдження термін «складна структура порушення». Широке використання цього терміну для визначення системного характеру порушень, своєрідності структури психічного розвитку у дітей з одиничним порушенням призводить до змішання його семантики з іншими поняттями, до неточного або неправильного їх використання. Багатозначність терміна «складна структура порушення» змушує спеціалістів шукати інші визначення та терміни, які співвідносяться з понятійною парадигмою. Звісно, ми не заперечуємо того факту, що для комплексних порушень розвитку характерним буде ускладнення складної структури порушення через взаємовплив первинних порушень і вторинних відхилень, викликаних кожним з них.

Проаналізувавши дослідження, які присвячені вивченню дітей з різноманітними порушеннями, у яких низькі навчальні можливості (Т. Басілова [74], Г. Бертинь [25], Л. Виготський [41], Г. Зайцева, М. Певзнер [126], Т. Розанова [77], І. Соколянський [147]), визначаємо, що дослідники визначали цих дітей як діти з «порушеннями складної структури». Г. Бертинь [27] говорив, що діти зі складною структурою порушення – це така категорія дітей, які поряд із загальним для усіх них станом – інтелектуальна недостатність, опорно-рухові порушення, сліпота, глухота – мають одне або декілька системних порушень.

Л. Головчиц [50], М. Жигорєва [63], І. Саломатіна [138] для характеристики дітей, які мають декілька первинних порушень, все частіше використовують терміни «комплексні» або «комбіновані порушення».

Для позначення групи розладів, при яких поєднуються два і більше первинних порушень розвитку, ми пропонуємо використовувати термін «комплексне порушення». Цей термін може розповсюджуватися і на різні

варіанти комбінованого порушення, а також на множинні порушення. Він може застосовуватися для позначення дітей з глибокими порушеннями слуху і зору; різноманітними варіантами поєднання сенсорних, інтелектуальних, рухових порушень, розладів емоційно-вольової сфери та ін.

Термін «комплексні порушення розвитку», на нашу думку, є найбільш влучним терміном, який повністю визначає структуру порушення. Оскільки і первинні порушення у структурі цих порушень, і викликані ними вторинні відхилення, слід розглядати цілісно, у комплексі.

Грунтуючись на аналізі наукових досліджень з окресленої проблеми, М. Жигорєва [36] подає таке визначення: «до комплексних порушень відносяться такі, які представлені декількома первинними порушеннями, кожне з яких взяте окремо, визначає характер і структуру аномального розвитку. Всі порушення мають багатоаспектний вплив одне на одного і взаємопідсилюються. Як наслідок, негативний прояв таких дисфункцій є кількісно і якісно набагато грубішим, порівняно з простим додавання окремих порушень».

Отже, до комплексних порушень відносять поєднання двох або більше первинних психофізичних порушень, що в однаковій мірі визначають структуру порушеного розвитку та труднощі соціальної адаптації дитини (К. Глушенко [47], М. Жигорєва [64]). Ці порушення обумовлюють відхилення від нормального ходу розвитку та пов'язані з порушеннями різних систем, кожне з яких існує в даному комплексі з характерними для нього особливостями.

М. Жигорєва [64] відмічає, що комплексні порушення можуть мати додаткові, меншою мірою виражені відхилення, які ускладнюють структуру самого комплексного порушення. Тому, в силу більшої варіативності поєднань порушень, кожний випадок потребує індивідуального опису. Відповідно, вона визначає наступні основні групи дітей:

- діти з порушенням, яке включає порушення двох сенсорних систем – зору та слуху;
- діти з порушеним слухом та зі зниженим інтелектом;
- діти з порушеннями зору та інтелекту;

- діти з порушеннями опорно-рухової системи та інтелекту;
- діти з комплексними порушеннями, які поєднують сенсорні, опорно-рухові, інтелектуальні і мовленнєві порушення.

Окрім того, серед дітей з комплексними порушеннями можемо виділити такі три категорії: комплексні порушення з двома вираженими порушеннями розвитку, ускладнені комплексні порушення, множинні комплексні порушення.

В першу входять діти з двома вираженими психофізичними порушеннями кожне з яких може викликати відхилення у розвитку: сліпоглухі діти, глухі з інтелектуальним порушенням, слабчучучі з затримкою психічного розвитку.

В другу – діти, які мають одне істотне психофізичне порушення (провідне) та супутнє йому інше порушення, яке виражене в слабкішій мірі, але яке помітно обтяжує хід розвитку: діти з порушеннями інтелекту та з незначним зниженням слуху.

В третю групу входять діти з множинними порушеннями, які мають три і більше порушень (первинних), які виражені в різній мірі і призводять до значних відхилень в розвитку дитини: розумово відсталі зі зниженим зором глухі діти. До множинних порушень можна віднести і поєднання у однієї дитини цілого ряду незначних порушень, які мають негативний кумулятивний ефект. Наприклад, при поєднанні незначних порушень моторики, зору та слуху у дитини може мати місце вираженого недорозвитку мовлення.

Нами була здійснена спроба визначення поширеності дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні, але офіційного загальноновизнаного визначення комплексного порушення розвитку як окремої категорії дітей з інвалідністю не виявили. В статистиці психологічної служби та психолого-медико-педагогічної консультації за 2013-2014 роки зустрічаємо такі терміни як порушення мовлення, порушення опорно-рухового апарату, порушення зору, затримка психічного розвитку, розумова відсталість, порушення слуху, аутизм, сліпоглухота [151]. Але комплексних порушень розвитку в статистиці не спостерігаємо.

Найчастіше таких дітей віддають у навчальні заклади за їх найтяжчим первинним порушенням (ДЦП чи порушеннями інтелекту), не враховуючи інші порушення.

Для корекційно-педагогічного впливу на дитину важливі знання всіх її особливостей психічного розвитку.

Розуміння особливостей розвитку дітей, які мають різноманітні порушення, ґрунтуються на знанні етіології, патогенеза первинного порушення, його локалізації, оскільки саме ці фактори визначають своєрідність клінічної картини.

Для успішної корекційно-педагогічної роботи з дітьми, які мають комплексні порушення розвитку, важливе значення мають причини та характер порушень розвитку.

Відомо, що діти, які мають однакові діагнози, можуть мати відставання у розвитку різних функцій. Це пов'язано з генотипними особливостями їх центральної нервової системи, з різними впливами навколишнього середовища, а також з тим, наскільки своєчасно встановлено правильний діагноз і розпочата лікувально-корекційна та педагогічна робота.

О. Мастюкова [103] відмічала, що під причиною відхилення у розвитку розуміють вплив на організм зовнішнього або внутрішнього несприятливого фактору, який визначає специфіку ураження або порушення розвитку психомоторних функцій.

Отже, до етіології порушеного розвитку відносяться: біологічні, соціально-психологічні, екологічні та інші фактори, які викликають первинні порушення, а також опосередковані, які в свою чергу призводять до виникнення супутніх відхилень в стані здоров'я. Всі ці фактори впливають один на одного. Тому можна говорити про багатофакторність виникнення порушень, особливо коли йдеться про комплексні порушення розвитку, які виникли внаслідок органічного ураження ЦНС, наприклад, порушення інтелекту, мовлення, рухової та сенсорної систем.

Клінічні та нейропсихологічні дослідження (Г. Бертинь [25], М. Блюміна [30], О. Мастюкова [106]) показали, що комплексні порушення можуть бути

викликані однією або декількома причинами, досить різноманітними за своїм походженням – поєднання екзогенних та ендогенних факторів.

Серед обстежуваних нами дітей з комплексними порушеннями розвитку, близько у 80% причиною порушення була родова травма. Близько 10% мали генетичні порушення, 8% – захворювання матері під час вагітності (токсоплазмоз, цитомегаловірус, сифіліс) та 2% – захворювання у ранньому дитячому віці (енцефаліти, менінгіти тощо).

Отже, комплексне порушення розвитку може бути викликане однією або декількома причинами, різними або однаковими за походженням.

Знання цих причин дозволяє спеціалісту найбільш вірно розкрити структуру порушення, робити корекційні прогнози та виявити особливості розвитку дитини для подальшої корекції.

1.2. Особливості протікання психічного розвитку в умовах комплексного порушення опорно-рухового апарату, інтелекту та зору

Характеризуючи особливості «аномального розвитку», Л. Виготський [42] говорив, що дитина, розвиток якої ускладнений порушенням, не є просто менш розвиненою, ніж її нормальний одноліток, вона є дитиною, у якої якісно інший розвиток. З огляду на те, що у дитини з комплексними порушеннями є декілька первинних порушень, то розвиток такої дитини являє собою якісно своєрідний тип розвитку.

Згідно з положенням Л. Виготського [41], важливою закономірністю порушеного розвитку у дитини є співвідношення первинного порушення і вторинних відхилень. У дитини з комплексними порушеннями первинних «дефектів» декілька, кожен із яких має вторинні відхилення, ускладнюючи їх та викликаючи відхилення третього порядку. Отже, процес розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку ми можемо розглядати тільки на основі детермінованості особливостей всіх факторів, які відображаються впливом тієї або іншої патології. Важливо виявити характер первинних порушень й

особливості їх участі в утворенні вторинних відхилень, які в свою чергу визначають наступну своєрідність психічного розвитку дитини.

Структура вторинних відхилень залежить від характеру провідного порушення. Вторинні порушення розвитку зачіпають насамперед всі ті психічні функції, які найбільш інтенсивно розвиваються в ранньому та дошкільному віці. До них відносяться мовлення, дрібна моторика, просторові уявлення, довільна регуляція діяльності тощо. Спеціальному педагогу необхідна інформація про першопричину і вторинні симптоми для подальшої корекції вторинних відхилень за допомогою індивідуального навчання.

Для обґрунтування медичних та психолого-педагогічних заходів, які спрямовані на корекцію порушених функцій, необхідні медико-психологічний аналіз структури порушення та виявлення причин, які обумовлюють порушення, визначення міри його тяжкості.

Значним фактором, який визначає особливості психічного розвитку дитини, є ступінь вираження порушення: чим глибше порушення, тим тяжчими виявляються прояви вторинних і третинних порушень.

Структура розвитку дитини залежить від сукупності соціальних факторів, від умов виховання, в яких формуються її психіка і особистість. Несприятливі умови виховання можуть підсилювати патологічні явища, чи навпаки, позитивний соціальний вплив – у якійсь мірі попереджувати наслідки первинного порушення і сприяти подоланню відхилень, які вже виникли. У дітей з комплексними порушення розвитку спостерігаються психічні та фізичні порушення – слуху, зору, мовлення, опорно-рухової системи та інші – тому потрібно підкреслити, що вони мають досить складну структуру, що передбачає різноманіття їх взаємного впливу на організм та психіку, які формуються.

О. Мастюкова [103] зазначала, що майже будь-який несприятливий вплив на мозок дитини, що розвивається, може призвести до відхилень у психомоторному розвитку. Їх прояви будуть різні в залежності від часу дії несприятливого чинника, тобто від того, на якому етапі розвитку мозку він мав місце, його тривалості, від спадкової структури організму та насамперед

центральної нервової системи, а також соціальних умов, в яких виховується дитина. Всі ці фактори в комплексі визначають провідне порушення, яке проявляється у вигляді недостатності інтелекту, мовлення, зору, слуху, моторики, порушень емоційно-вольової сфери, поведінки. У багатьох випадках таких порушень може бути декілька, тоді говорять про комплексне порушення розвитку.

Провідне порушення може мати характер як ураження, так і недорозвинення. Нерідко спостерігається їх поєднання.

Особливістю дитячого мозку є те, що навіть невелике його ураження не залишається частковим, локальним, як це має місце у дорослих хворих, а негативно відбивається на всьому процесі розвитку центральної нервової системи. Тому дитина з порушеннями мовлення, слуху, зору, опорно-рухового апарату при відсутності ранніх корекційних заходів буде відставати в психічному розвитку.

Головне значення має час виникнення порушення. Рання патологія обумовлює найбільшу тяжкість вторинних відхилень, порушує весь хід психічного розвитку дитини.

Значним фактором, який визначає особливості психічного розвитку дитини, є ступінь вираження порушення: чим глибше порушення, тим тяжче виявляються прояви вторинних і третинних порушень.

Структура розвитку дитини залежить також від сукупності соціальних факторів, від умов виховання, в яких формуються її психіка і особистість.

Дослідники [95; 63; 27; 47] відмічають, що фізичний та психічний розвиток у дітей з комплексними порушеннями набагато відстають від розвитку дитини у нормі.

До однієї з найбільш складних категорій комплексних порушень розвитку, на нашу думку, відносяться діти з поєднанням порушень опорно-рухового апарату, інтелекту та зору, що зумовлює необхідність диференційованого підходу до їх психолого-педагогічної корекції.

Дана категорія дітей є складною через важкість порушень розвитку та їх вторинних відхилень, які пов'язуючись між собою, утворюють складну структуру порушення.

У нашому дослідженні серед порушень опорно-рухового апарату спостерігаємо такі форми ДЦП, як диплегію, геміплегію, тетраплегію. Вони проявляються через підвищення м'язового тону (гіпертонією або спастикою) чи його пониженням (гіпотонією м'язів), неконтрольованими мимовільними рухами (гіперкінезами), порушенням рівноваги, координації, утримання положення тіла, що позначається на таких функціях, як розвиток ковтання, повзання, ходи, інколи сидіння, а також викликає ускладнення розмовної функції тощо. З 70-80 % комплексних порушень розвитку складають саме спастичні форми ДЦП. Моторні порушення часто супроводжуються судомою, порушенням дихання, порушеннями травлення, труднощами при прийомі їжі, неконтрольованістю сечовипускання, деформаціями скелету.

Серед зорових порушень зустрічаємо повну та часткову атрофію зорових нервів, відшарування сітківки ока, амовріз, глаукому, астигматизм, катаракту, косоокість, ністагм, короткозорість, далекозорість тощо. Але найчастіше лікарі-офтальмологи не можуть визначити зоровий діагноз у дитини з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. Інколи, дитина не вміє користуватися зоровим аналізатором, хоча в неї і є залишок зору.

Серед інтелектуальних порушень зустрічаємо легку і помірну розумову відсталість у дітей з комплексними порушеннями розвитку. Дуже рідко можна зустріти у такої категорії дітей затримку психічного розвитку. Часто дитині з помірною розумовою відсталістю після ефективної індивідуальної корекційної роботи ставлять легку розумову відсталість. Так, для дітей з порушеннями інтелекту характерними є такі особливості — уповільнена швидкість мислення, труднощі у створенні нових зв'язків, у перебудові вже сформованих, зниження стійкості уваги, цілеспрямованості діяльності, низька критичність, слабе сприймання педагогічної допомоги, порушення розумової працездатності тощо, а у дітей з множинними порушеннями вони виступають гостріше, ніж у розумово

відсталих з нормальним зором чи руховою сферою. Первинна інтелектуальна недостатність посилюється вторинними порушеннями пізнавальної діяльності, що викликані ураженням рухової та зорової функцій, які зумовлюють недорозвиненість зорового сприймання та моторної координації. У зв'язку з цим корекція розвитку здійснюється менш успішно, ніж у дітей з одиничним порушенням. Це пов'язане з тим, що компенсаторні процеси при органічних ураженнях ЦНС послаблені, вищі психічні функції, які відіграють важливу роль у компенсації, недорозвинуті. Все це зумовлює труднощі не тільки під час корекційної роботи, але й в процесі повсякденної життєдіяльності.

Це можна пояснити тим, що діагностика і виявлення дітей з комплексними та множинними порушеннями розвитку – це нова і складна проблема. Чим раніше виявлено порушення у дитини, тим ефективніші перспективи розвитку дитини.

При поєднанні цих трьох первинних порушень є вторинні відхилення, які уповільнюють та ускладнюють розвиток дитини, впливаючи на подальше навчання і виховання. Тому більшість таких дітей з важкою поведінкою, агресивністю, негативізмом, невпевненістю, гіперопікою, безактивністю, які немотивовані до діяльності. Нові подразники і стимули викликають у них роздратування, небажання взаємодіяти, крик та плач. Вони чуттєві до усталеного ритму життя, швидко звикають до гіперопіки з боку батьків. Більша частина цієї категорії дітей не відвідують дитячих закладів чи інших розвиваючих центрів. Батьки з народження опікуються лише здоров'ям такої дитини, не приділяючи належної уваги навчанню елементарним навичкам.

Тому чим раніше буде починатися корекційна робота з такою дитиною, тим ефективніша вона буде у подальшому навчально-виховному процесі.

Проаналізував спеціально-педагогічну літературу (Т. Басілова [24], Г. Бертинь [25], М. Блюміна [30], Л. Вавіна [35], Л. Виготський [41], Т. Власова [39], В. Лубовський [93], О. Мастюкова [102], Н. Олександрова [8], М. Певзнер [124], Т. Розанова [135], В. Чулков [163], Н. Яшкова [170] та ін.) визначено наступні специфічні особливості психофізичного розвитку дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору:

Особливості психофізичного розвитку дитини за інтелектуальним порушенням:

- пам'ять дітей характеризується малим об'ємом, слабкою точністю і нетривалістю до запам'ятовування словесного, наочного матеріалу, рухів і їх відтворення, переважанням вербальної пам'яті над зоровою і тактильною. Розлади уваги і пам'яті в них проявляються в підвищеній неуважності, неможливості довго концентрувати увагу. Відмічається уповільнений темп засвоєння, недостатнє розуміння нового матеріалу, що призводить до неточності його відтворення. Діти звичайно користуються мимовільним запам'ятовуванням, тобто запам'ятовують яскраве, незвичайне, емоційне, те, що їх приваблює. Довільне запам'ятовування формується у них значно пізніше;

- прояви психічного інфантилізму характерні майже для всіх дітей і виражаються в наявності рис дитячості, безпосередності, в переважанні діяльності за мотивами задоволення, в схильності до фантазування і мрійливості;

- емоційно-вольова сфера характеризується нестійкістю, слабким розвитком вольових процесів. Діти бувають безініціативні, несамотійні, імпульсивні. Разом з тим деякі із них можуть проявити наполегливість та цілеспрямованість;

- поведінка дітей не однорідна: одні збудливі, імпульсивні, недостатньо дисципліновані; інші більш врівноважені, спокійні; є загальмовані, повільні, інколи бездіяльнісні. У деяких спостерігаються стереотипні рухи, самоагресія, аутистичні риси поведінки, недосконалість психомоторики й сенсорної системи дитини, які обумовлюють труднощі навчання. Самооцінка у цих дітей низька.

Особливості психофізичного розвитку у дитини за опорно-руховим порушенням:

- порушення загальної та дрібної моторики, пасивність, нескоординованість рухів, порушення контролю за рухами;

- обмежена рухливість артикуляційних м'язів, порушення дихання, підвищене слиновиділення;

- порушення маніпулятивної діяльності;

- розлади тактильних і м'язово-суглобових відчуттів, які ускладнюють дитині отримання інформації про форму, матеріали та величину предметів;

- моторні порушення обмежують здатність самостійного пересування і самообслуговування, перешкоджають освоєнню предметно-практичної діяльності, що негативно позначається на формуванні вищих психічних функцій, інтегративної діяльності мозку, загальному ході психічного розвитку.

Особливості психофізичного розвитку за зоровим порушенням:

- порушення зорово-моторної координації, недостатність зорового сприймання, інколи спостерігаються рухові стереотипії (мимовільні рухи руками перед очима, поплескування тощо), підвищена чутливість до зорових, тактильних та звукових подразників, яка викликає у деяких дітей стан дискомфорту, інколи призводить до деструктивної поведінки;

- недостатність просторових уявлень проявляються в утрудненні диференціації правої та лівої сторін тіла. Просторові поняття (попереду, позаду, між, під та інші) засвоюються з труднощами. Діти недостатньо орієнтуються в просторі, в часі, в побутовому житті. Вони не можуть скласти з частин ціле, проаналізувати вихідні умови задачі, не планують і не контролюють свої дії;

- спостерігається загальна повільність, підвищена втомлюваність, виснаженість, мала психічна активність.

Аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури дозволив виділити такі загальні особливості психічного розвитку при комплексних порушеннях опорно-рухового апарату, інтелекту та зору:

Уповільнений розвиток відчуттів і сприймань

Дослідження дітей з ДЦП [158; 74; 75; 133] показують: різноманітні порушення чутливості – 50-94 % дітей, судоми – 14-65%, порушення інтелекту – у 30-35%. У 25-30% дітей зі спастичною формою ДЦП спостерігаються мовленнєві порушення, частіше за типом псевдобульбарної дизартрії, рідше – моторної алалії. Т. Епіфанцева [62] пише про те, що зорове сприймання та переключення погляду у дітей з ДЦП значно повільніше, в результаті чого відбувається зниження пізнавальної діяльності. Інколи ці діти тактильно не можуть впізнати той чи

інший предмет. Ці порушення пов'язані з розладами тактильних відчуттів. У 20-25 % дітей з ДЦП спостерігається недостатність слухового сприймання та мовленнєві порушення, особливо при гіперкінетичній формі ДЦП. Рівень розвитку мовлення у них знаходиться в прямій залежності від сформованості тонких рухів пальців рук. Первинним порушенням при цій формі порушення розвитку є недорозвиток вищих форм мисленнєвої діяльності – абстрактного мислення. У дитини спостерігаються виражені порушення сенсорно-перцептивних процесів, що проявляються у несформованості константності й предметності сприймання, в повільному темпі впізнавання предметів, в труднощах узагальнення сенсорних сигналів [97].

У дитини з порушенням інтелекту уповільнене і обмежене зорове сприймання, що має великий вплив на весь подальший хід психічного розвитку. Діти не можуть сприймати велику кількість представлених предметів. Водночас у дітей з комплексними порушеннями на порушення інтелекту накладається ще й порушення зору. У таких дітей значно звужується обсяг сприймання, бо дрібні, не яскраві предмети діти просто не бачать. Значно уповільнюються кольоророзрізнення та сприймання форм у дітей з комплексними порушеннями, вони не розуміють сюжетних картин, не вдивляються в деталі, вони неактивні, їм не цікаво розглядати предмети та розбиратися з їх властивостями. Велику роль у відчуттях і сприйманнях відіграють кінеститичні відчуття. Через те, що дитина має ще опорно-рухове порушення, то у неї спостерігаються погано скоординовані рухи, підвищена або знижена чутливість пальців рук, рухи незграбні, можуть бути з гіперкінезами або стереотипними рухами. Все це відображається на цілісності відчуттів та сприймань у дітей з комплексними порушеннями. У дитини спостерігається знижена цікавість до навколишнього середовища, знижується пізнавальна активність, неякісне впізнавання об'єкта, і, як результат, вибіркковість сприймання.

Обмеженість предметних уявлень

Однією з особливостей розвитку дітей з комплексними порушеннями є знижений запас уявлень та знань, які обумовлені збідненістю зовнішньої

інформації через вроджене ураження важливих в психічному розвитку сенсорних каналів. Як відмічав О. Литвак [92] характерними особливостями уявлень дітей з сенсорними порушеннями є фрагментарність, схематизм, низький рівень узагальнення та вербалізму.

Через порушення зорового аналізатора у дитини спостерігається збіднений запас предметних уявлень або, частіше, ці уявлення викривлені. Через недостатнє візуальне стимулювання дитина не вчиться маніпулювати предметами, що в подальшому впливає також на її мовленнєвий розвиток. На обмеженість предметних уявлень впливає порушення опорно-рухового апарату. Часто при рухових порушеннях у дітей спостерігається знижена чутливість та порушення відчуття рухів тіла, неконтрольованість рухів, спастичність або ригідність м'язів – тому захопити і обстежити предмет дитині дуже важко. Інтелектуальна недостатність призводить до того, що у дитини не сформовані в достатній мірі аналіз та синтез, що призводить до викривлених та нестійких предметних уявлень.

Затримка розвитку загальної моторики

Дослідження фізичного стану дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями вказують на серйозне відставання їх фізичного розвитку [174, с.41-47]. Основні причини порушення фізичного розвитку обумовлені зниженням фізичного навантаження, низьким рівнем пізнавальної діяльності, мотивації до руху, а також сенсорними порушеннями. Lauren J. Lieberman, Jim F. Cowart [178], а також J. Cowart [181] акцентують увагу на тому, що дітям з комплексними порушеннями складніше всього досягти яких-небудь результатів, оскільки їм для вивчення навички потрібно поєднувати мову глухих та рухи тіла: це є обов'язковою умовою, незалежно від рівня розвитку дитини. О. Бичек [84], С. Корнейчук [84], Н. Панасюк [84] вказують на низький рівень статичної і динамічної рівноваги у дітей з комплексними порушеннями розвитку, що викликає проблеми в освоєнні ходи. Знижена рухова активність обумовлена страхом освоєння простору (у дітей з порушеннями зору) і є одним з факторів, які уповільнюють розвиток фізичних властивостей. Рухова сфера дітей з ДЦП

характеризується несформованістю координації рухів і рівноваги, зниженням чи підвищенням м'язового тону, нестійкістю при сидінні, стоянні, порушеннями ходи. Органічне ураження м'язів та судинно-м'язового апарату з ураженнями фактично всіх структур рухового аналізатора призводить до формування у дітей патологічного рухового стереотипу, який має стійкий характер. Важливою причиною моторної недостатності дітей з ДЦП є сенсорні порушення. К. Семенова [122] відмічає зміни складних форм шкірної чутливості (астереогноз) у дітей цієї категорії. Астереогноз (від грец. А – не + gnosis - пізнання), або тактильна агнозія, - це порушення можливості впізнавати предмети на дотик при збереженій тактильній і температурній чутливості. Тактильна агнозія виникає при ураженні тім'яної долі мозку та його структур, коли залишаються збереженими шкіряні та кінестетичні відчуття. Автор вказує, що виявлені зміни як кінестезії, так і складних видів чутливості грають істотну роль у патогенезі рухових порушень. Особливо це позначається на якості самоконтролю дитини за розташуванням частин тіла в просторі. Безумовно, спотворене уявлення про власні рухи та положення, у відповідності з порушеннями моторики, є однією з істотних причин, які відзначають у цих дітей появу порушень просторових уявлень.

Порушення опорно-рухового апарату викликає затримку формування великих моторних функцій: сидіння, рачкування, ходіння, стояння. Ускладнює ці процеси порушення зору, бо дитина не тягнеться за предметами, не бачить зорових стимулів, не вміє фокусувати погляд на предметі. А також їхній розвиток ускладнюється через порушення інтелекту – дитина має недовготривалу мимовільну пам'ять, тому нові положення тіла не може зафіксувати одразу, має нестійкий інтерес до вивчення нових положень у просторі. Цим пояснюється те, що діти з комплексними порушеннями частіше перебувають у положенні лежачи, до якого вони звикають з народження. Зміни положення тіла такої дитини викликають агресію, крики, негативну реакцію на оточуючих, негативне відношення, драгівливість, боязкість, тобто розлади в емоційно-вольовій сфері. А

все це, в свою чергу, викликає труднощі у оволодінні навичками самообслуговування, трудовими та навчальними навичками.

Недорозвиток дрібної моторики рук

Вироблення автоматичних рухів утруднюється порушенням м'язового тону (спастичністю, ригідністю, атонією, дистонією), а також порушеннями ритмічності, сили, точності, швидкості рухів, порушеннями цілісних рухових актів – апраксії. Недорозвиток стато-кінетичних рефлексів і порушення моторного апарату очей перешкоджають розвитку зорового сприймання, заважають формуванню зорово-моторної координації, затримують та викривляють розвиток просторово-часового орієнтування.

Порушення зору відображається на недорозвитку дрібної моторики, хапального рефлексу, просторового орієнтування оскільки спостерігається менше зорових стимулів, які б підштовхували дитину до дії. Кожне з цих первинних порушень накладає відбиток на інший, ускладнюючи його і сповільнюючи розвиток дитини. Вторинним відхиленням при опорно-руховому чи інтелектуальному порушенні є недорозвиток дрібної моторики рук, який ускладнюється порушенням м'язового тону, обмеженням або неможливістю довільних рухів (парези й паралічі), наявністю насильницьких рухів (гіперкінезів і тремору). Діти з комплексними порушеннями сприймають невелику кількість зорових стимулів через зорове порушення, вони не хапають предмети і не маніпулюють ними. При інтелектуальній недостатності спостерігається зниження працездатності й вмотивованості, відсутність інтересу до предметів, що впливає на розвиток дрібної моторики. Наслідком цього є труднощі у навчанні, які пов'язані з формуванням графо-моторних функцій у дитини.

Порушення зорово-моторної координації

Порушення зору призводить до порушення просторового орієнтування, порушення зорово-моторної координації, а також не може забезпечити дитині необхідний контроль за рухами. За висловом О. Литвака [92, с. 19], «Повне або часткове порушення функцій зору відображається на фізичному розвитку... та веде до послаблення просторової орієнтації, м'язової в'ялості, деформації

скелету...». Л. Григор'єва [52] відмічає залежність точності рухів від гостроти зору. Так, діти з комплексними порушеннями розвитку помиляються у відтворенні рухів. Особливі труднощі виникають при виконанні узгоджених дій рук та ніг. Це відбувається через недостатність «пластичності» центральної нервової системи, браку рухових стереотипів, недостатнього життєвого досвіду.

У дитини з комплексними порушеннями спостерігається значне порушення зорово-моторної координації. Це вторинне відхилення є наслідком зорового порушення. Через збідненість, нецілісність, викривленість зорового сприймання дитина отримує невелику кількість зорових стимулів, які в подальшому впливають на розвиток зорово-моторної координації. З раннього віку дитина з комплексними порушеннями не намагається розглядати свої руки, а як наслідок і рухати ними. В свою чергу через рухове порушення у дитини спостерігається обмеженість рухів у вигляді спастичності, гіперкінезів, гіпотонії тощо. Внаслідок цього рухова сфера дитини з комплексними порушеннями розвивається інакше, спостерігається затримка у розвитку рухів, їх точності, бо порушення зору не забезпечує дитині необхідний контроль за рухами. Інтелектуальне порушення призводить до труднощів словесного відображення образу сприймання через низький рівень аналізу та синтезу сенсорних сигналів. Це проявляється в порушенні зорової фіксації, слабкості різних груп м'язів, відсутності контролю та саморегуляції рухів, порушенні координації та узгодженості дій руки та ока.

Недостатність просторових уявлень

Л. Сековець [140; 7] відмічає, що зниження сенсорної інформації, сенсорно-перцептивних та мисленнєвих процесів при неповноцінному зоровому сприйманні викликають у дітей значні труднощі у всіх видах діяльності, особливо в руховій і просторовій орієнтації. У дитини з комплексними порушеннями внаслідок рухових порушень несформовані уявлення про своє тіло і навколишній світ. Розвиток цих уявлень ускладнюється порушенням зору через фрагментарність візуального сприймання, а також порушенням інтелектуального розвитку, що затримує запам'ятовування просторових понять та категорій, які для дитини з комплексними порушеннями виявляються абстрактними поняттями.

Внаслідок цього у дитини спостерігаються труднощі у навчанні та самообслуговуванні.

Сповільнений розвиток різних форм діяльності

Дитина з комплексними порушеннями розвитку розвивається повільніше від дітей з одиничними порушеннями. На це впливають первинні порушення та їх вторинні відхилення і відхилення третього порядку. Дитині з порушеним зором потрібно більше часу, щоб роздивитися зображення і поєднати його в єдине ціле. Дитині з порушенням опорно-рухового апарату потрібно більше часу для захоплення і обстеження предметів. Дитині з інтелектуальною недостатністю потрібно більше часу для багаторазового повторення і закріплення отриманих навичок. Якщо у дитини є всі три первинні порушення, то вони будуть накладатися одне на одне, тим самим уповільнюючи розвиток дитини і здобуття нею знань, умінь та навичок. Тому корекційна робота з такою дитиною повинна проводитися з раннього віку, щоб можна було розвивати дитину всебічно і розвивати її компенсаторні можливості. Крім того, гіперопіка чи гіпоопіка дитини з комплексними порушеннями розвитку з боку батьків сповільнює розвиток різних форм діяльності. Більшість таких дітей сидять вдома, не відвідують дошкільні установи і є невідповідними до навчання у школі. Діти можуть перебувати на рівні маніпулятивної, предметної чи ігрової діяльності в залежності від глибини порушення.

Рухова розгальмованість або гіподинамія, малорухливість, порушення формування зорово-слухової орієнтації в просторі є характерними для даної категорії. Діти з комплексними порушеннями розвитку надають перевагу спокійним іграм через недостатність функції вестибулярного апарату. Деякі діти воліють грати з предметами, які видають звуки, шуми й одноманітно ними маніпулюють, що свідчить про домінування в них предметно-маніпулятивної діяльності, а не предметно-практичної, як у дитини, що розвивається у нормі. Характерним для даної категорії дітей є те, що гра не стає провідним видом діяльності, порівняно з дитиною, яка розвивається у нормі.

Недорозвиток мовлення

У дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору часто спостерігається відсутність мовлення, що пов'язано з атрофією або спастичністю м'язів артикуляційного апарату, тяжкими формами дизартрії тощо.

Найчастіше при цих первинних порушеннях спостерігаємо такі мовленнєві порушення як псевдобульбарний синдром, загальний недорозвиток мовлення I-II рівня, стерта форма дизартрії, сенсомоторна алалія, дизартрія тощо. Недорозвиток мовлення може бути зумовленим передусім уповільненими та нестійкими диференційними умовними зв'язками слухового аналізатора. Є діти, які мають ще й порушення слуху у вигляді нейросенсорної туговухості. Внаслідок цього дитина довго не диференціює звуки мовлення оточуючих людей, довго не засвоює нові слова та словосполучення. Через порушення інтелекту діти з комплексними порушеннями розвитку мають знижений фонематичний слух, що в подальшому призводить до злиття приголосних звуків або їх заміни, помилок у розрізненні закінчень у словах. Іноді звуки зверненого до дитини зв'язного розмовного мовлення сприймаються нею злитно, тому вона не реагує. Розвиток всіх рухів дитини, у тому числі моторики її мовленнєво-рухового апарату також залежить від особливостей формування диференційованих умовнорефлекторних зв'язків у руховому аналізаторі. Моторні імпульси, необхідні для чіткої вимови тих чи інших звуків, повинні бути дуже точними, але у дитини з порушеннями опорно-рухового апарату спостерігається слабкість моторних імпульсів. Словниковий запас у дітей з комплексними порушеннями збіднений, обмежений побутовою тематикою. Діти складають прості та односкладні речення, але часто не розуміють їх лексичного значення. Писемним мовленням діти з комплексними порушеннями або не оволодівають, або оволодівають частково і з великими труднощами.

Недорозвиток мислення

Контингент дітей з комплексними порушеннями розвитку за рівнем мисленнєвої діяльності неоднорідний. Одні з них близькі до норми, інші – їх більшість – вирізняються низькою пізнавальною активністю, порушеннями інтелектуального розвитку (ЗПР, розумова відсталість). Важливою ланкою

порушень пізнавальної діяльності є несформованість окремих коркових функцій. Порушення мислення не тільки визначають особливості пізнавальної сфери цих дітей, але і впливають на розвиток їх особистості. Такі діти недостатньо розуміють ситуацію, не вміють змінити поведінку в залежності від її зміни обставин. Аналіз особливостей інтелектуального порушення у цих дітей показує, що у них може проявлятися виражений недорозвиток таких вищих коркових функцій, як оптико-просторовий гнозис, конструктивний праксис, рахунок. Порушення оптико-просторового гнозису призводить до труднощів впізнавання і відтворення геометричних фігур, труднощів при малюванні, конструюванні, виконанні завдань з праці. В них ускладнене формування понять, які відображають просторові співвідношення; вони відчують труднощі при складанні з частин цілого, в конструктивному праксисі.

Мислення у дітей з комплексними порушеннями знаходиться на низькому рівні. Це, насамперед, пояснюється нерозвиненістю основного інструменту мислення – мовлення. Внаслідок інтелектуального порушення дитина з комплексними порушеннями погано розуміє зміст казок, не може бути учасником гри. Через порушення зору дитина має обмежені зорові уявлення, що в свою чергу, впливає на недостатню обізнаність з предметними діями, що в подальшому впливає на ігрову та навчальну форми діяльності. Мислення у таких дітей конкретне, бо вони не можуть за одиничними образами зрозуміти істотне. Діти погано засвоюють правила та загальні поняття. Вони нерідко заучують правила напам'ять, проте не розуміють їх змісту і не знають, як їх застосувати. Тому математика і українська мова вивчаються ними з великими труднощами.

У дітей з комплексними порушеннями спостерігається непослідовність мислення, яка пов'язана з швидкою втомлюваністю та відволікаємістю. До особливостей психічного розвитку цих дітей можна віднести і уповільнення процесу формування понять, що пов'язано з недорозвитком другої сигнальної системи і уповільненням встановлених умовних зв'язків [45].

Легка розумова відсталість викликає такі вторинні відхилення, як недосконалість і недорозвиненість основних видів діяльності мозку – аналіз та

синтез подразнень і замикання на основі цього тимчасових зв'язків, утворення яких, як говорив І. Павлов, є не що інше, як формування знань, умінь і навичок. Кожний з трьох первинних порушень в свою чергу ускладнює вторинні відхилення інших. Так до дизонтогенезу функцій рук у дитини, окрім порушення опорно-рухового апарату, призводить легка розумова відсталість, що в свою чергу впливає на порушення вищих психічних функцій, які проявляються в дезорганізації процесів відображення і регуляції моторної діяльності.

Особливості емоційно-вольової сфери

Діти з комплексними порушеннями розвитку мають психоемоційні розлади, що є наслідком первинних порушень. У таких дітей несформована здатність встановлювати міжособистісні стосунки, більша вразливість, невмотивована депресія, страх перед невідомим простором, невпевненість, пасивність, неадекватна поведінка. На це впливає як порушення зору, так і порушення опорно-рухового апарату. Через інтелектуальну недостатність діти з комплексними порушеннями не здатні оцінювати самостійно свої вчинки та вчинки інших людей, а також у них спостерігається невелика активність у наслідуванні дорослих. Тому вони копіюють емоційні реакції певних ситуацій з дорослими, але самостійно їх відтворити в зміненій ситуації не можуть. Емоції дитини пов'язані з першими враженнями. Порушення зору, опорно-рухового апарату та інтелекту звужують коло емоційних реакцій, а також впливають на різку зміну настрою.

Ще однією особливістю цих дітей є порушення цілеспрямованої діяльності. Їм, як правило, притаманні непослідовність у викладі думок, невміння виділяти головне у змісті розповіді. Такі діти характеризуються нерівномірністю психічного розвитку за рахунок вираженості сенсомоторних порушень і низького рівня мотивації до будь-якого виду діяльності.

Первинні порушення разом з вторинними відхиленнями позначаються і на особливостях характеру дітей з комплексними порушеннями розвитку. Вони виникають в залежності від глибини порушення й умов середовища. Надмірна гіперопіка чи педагогічна занедбаність впливають на формування характеру

дитини й можуть формувати у дитини егоїзм, відсутність почуття обов'язку, несаможиттєвість, впертість, негативізм, агресію, байдужість, відсутність зацікавленості. Через обмеженість у контактуванні з оточенням у дитини з комплексними порушеннями розвитку спостерігаються замкнутість, некоммунікбельність, сором'язливість, відсутність соціальних навичок. У повсякденному житті їм властива така риса характеру як невмотивований негативізм. На заняттях дитина відмовляється виконувати завдання педагога, батьків, однолітків. Ця поведінка характеризується збудливістю або розгальмованістю – крики, істеричні реакції, плач, кидання предметів, кусання пальців, або мовчазний протест і відмова від діяльності. І тільки невелика частина дітей з комплексними порушеннями розвитку контактні з оточуючими, розкуті, комунікбельні.

Особливості міміки та пантоміміки

Через порушення зору діти з комплексними порушеннями мають нерозвинену міміку або спонтанно розвинену, яка часто не відповідає ситуації, бо міміка розвивається завдяки зоровому наслідуванню виразів обличчя дорослих. На розвиток міміки впливає також порушення опорно-рухового апарату, що може позначатися парезами обличчя, тиками, слабкістю шийних м'язів, гіперкінезами, спастичністю м'язів обличчя тощо. Пантоміміка розвинута у дітей з комплексними порушеннями слабо. На це впливає порушення зору та опорно-рухового апарату. Знижене зорове наслідування рухів м'язів тіла, жестів і спастичність або ригідність рук, гіперкінези, стереотипні рухи, не вміння контролювати рухами рук, пальців призводить до значного порушення міміки обличчя та пантоміміки.

У Додатку А представлена схема взаємовпливу вторинних порушень у структурі комплексного порушення опорно-рухового апарату, інтелекту, зору та мовлення.

Як бачимо, комплексні порушення поєднують кілька первинних порушень, кожне з яких взяте окремо, визначає характер і структуру порушеного розвитку. Всі порушення мають багатоаспектний вплив одне на одного і

взаємопідсилюються. Як наслідок, негативний прояв таких дисфункцій є кількісно і якісно набагато грубішим, порівняно з проявами окремих порушень.

1.3. Науково-методичні засади реалізації психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку в рамках індивідуального навчання

Ратифікувавши основні міжнародні правові документи (Декларацію ООН про Права Людини, про права осіб з інвалідністю, Конвенцію ООН про права дитини), Україна взяла на себе зобов'язання щодо дотримання загальнолюдських прав, зокрема щодо здобуття якісної освіти дітьми з психофізичними порушеннями. Інтернатна модель перестає бути для них єдиним і обов'язковим типом закладу, в якому діти вчаться відокремлено та ізольовано від соціуму.

Статистика свідчить про те, що щороку збільшується кількість дітей з різного роду порушеннями у фізичному та розумовому розвитку, тобто це діти, які мають особливі освітні потреби.

Право дітей з інвалідністю на інтеграцію та достойне життя як повноправних членів суспільства – основний принцип міжнародних стандартів, а забезпечення дітям з психофізичними порушеннями доступу до якісної освіти є основою інтеграції та пріоритетом соціальної політики демократичних країн.

«Кожна людина має право на освіту», - так записано в Конституції України та декларації прав людини.

Задача держави реалізувати ці положення в житті, забезпечивши отримання освіти кожній особі в доступній для неї формі та об'ємі. Це відноситься і до тих, хто в силу різних причин має виражені порушення психофізичного розвитку. До їх числа входять діти з комплексними порушеннями розвитку.

Реалізацію допомоги цим дітям в отриманні доступної їм освіти, в становленні їх як особистості беруть на себе освітні та соціальні заклади. Але не завжди рівень підготовки, ознайомлення з новими методами та методиками

роботи, дають змогу корекційним педагогам та вчителям надати якісну допомогу цим дітям.

Проблема організації індивідуального супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку є актуальною в теорії і практиці спеціальної педагогіки та психології. Це обумовлено передусім зростанням чисельності дітей, неспроможних відвідувати шкільні установи за станом здоров'я, які перебувають у домашніх умовах та навчаються за індивідуальною формою навчання.

Індивідуальне навчання в системі загальної середньої освіти – це одна із форм організації навчально-виховного процесу. Воно впроваджується для забезпечення права громадян на здобуття повної загальної середньої освіти з урахуванням індивідуальних здібностей та обдарувань, стану здоров'я, демографічної ситуації, організації їх навчання.

В контексті забезпечення корекційної психолого-педагогічної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку та їхнім родинам у вжиток увійшов термін «супровід», що вживається як концептуально, так і відносно практичної діяльності щодо вирішення конкретних проблем, однак сьогодні все ще немає єдності у визначенні цього поняття.

Теоретичні та практичні аспекти психолого-педагогічного супроводу відображені в роботах сучасних дослідників А. Асмолова [10], М. Бітянової [29], Л. Гречко [53], С. Духновського [57], В. Кобильченка [78], О. Козирева [79], Н. Назарової [116], О. Обухової [118], Р. Овчарової [120], Т. Чіркової [162], Л. Шипіциної [167] та ін. Особлива увага у дослідженнях спрямована механізми, види, способи й умови надання психологічної підтримки та допомоги дітям у процесі шкільного навчання.

Багато дослідників відзначають, що супровід передбачає підтримку природних реакцій, процесів і станів особистості (О. Альшаніна [9], Г. Бардієр [14], О. Козирева [79], О. Обухова [118], І. Ромазан [118], М. Семаго [141], Н. Семаго [141] та ін.). Більше того, успішно організований соціально-психологічний супровід, на їхню думку, відкриває перспективи особистісного зростання, допомагає дитині увійти в ту «зону розвитку», яка поки що їй

недоступна. На відміну від звичної психокорекції, індивідуальний психолого-педагогічний супровід припускає не «виправлення недоліків і переробку», а пошук прихованих ресурсів розвитку дитини та родини, опору на її власні можливості й створення на цій основі психологічних умов для відновлення зв'язків із суспільством. Особлива увага у дослідженнях спрямована на механізми, види, способи й умови надання психологічної підтримки та допомоги у процесі шкільного навчання.

Вперше термін психолого-педагогічний супровід у сучасній науці з'явився в 1993 році в книзі «Психологічний супровід природного розвитку маленьких дітей» авторів Г. Бардієр [14], І. Ромазан [14] і Т. Чередникової [14]. Психологічний супровід - це система професійної діяльності психолога та педагога, яка спрямована на створення спеціальних умов для повноцінного розвитку й успішного навчання дитини в конкретному освітньому середовищі. Як визначала М. Бітянова [29], що психолог і педагог у цьому процесі не просто спостерігачі, які стоять поруч, вони створюють оптимальні соціально-психологічні умови для розвитку дітей, вони йдуть з ними поруч. Робота психолога спрямована на подолання труднощів, що виникли у дітей, підвищення здатності до компенсації та адаптації.

Термін «супровід» є похідним від слова супроводжувати і в великому тлумачному словнику сучасної української мови «супровід» означає супроводжувати, супроводити; у (в) супроводі кого, чого разом із ким-, чим-небудь, у чиємусь товаристві; в оточенні когось, чогось; те, що супроводить яку-небудь дію, явище [37].

На думку Є. Казакової [73], «супровід» - це цілісний процес допомоги дитині, її родині й педагогам, в основі якого лежить збереження максимальної волі й відповідальності суб'єкта розвитку за вибір варіанта вирішення актуальної проблеми; мультидисциплінарний метод, що забезпечується єдністю зусиль педагогів, психологів, соціальних і медичних працівників; органічна єдність діагностики проблеми й суб'єктного потенціалу її розв'язання, інформаційного пошуку можливих шляхів вирішення, конструювання плану дій і первинна

допомога в його здійсненні; допомога у формуванні орієнтаційного поля, де відповідальність за дії несе сам суб'єкт розвитку.

Л. Гречко [54] пише, що психолого-педагогічний супровід дітей з психофізичними порушеннями – це завжди пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність освітнього закладу, яка складається з п'яти взаємопов'язаних компонентів:

- систематичний моніторинг медико-психологічного і психолого-педагогічного статусу дитини в динаміці її психічного розвитку;
- створення оптимальних соціально-психологічних умов щодо ефективного психічного розвитку дітей в соціумі;
- систематична психологічна допомога дітям з порушеннями психофізичного розвитку у вигляді консультування, психокорекції, психологічної підтримки;
- систематична психологічна допомога батькам дітей з проблемами в розвитку;
- найголовніше – це організація навчально-виховного процесу для дитини з комплексними порушеннями.

Вивченням логопедичного супроводу як структурного компоненту загального психолого-педагогічного супроводу, де у співвідношенні підсистем логопедичний супровід залишається самостійним напрямом, що має свої методологічні засади, мету, специфічні завдання та їх шляхи вирішення, займалися такі вчені як С. Конопляста [83] та В. Кисличенко [76]. Вони розглядали логопедичний супровід як вплив на дитину, прямий чи опосередкований, який реалізується у різних формах протягом всього дитячого віку спеціалістами-логопедами.

Психолого-педагогічний супровід визначають як технологію, засновану на єдності чотирьох функцій [144]:

- 1) діагностики сутності психолого-педагогічної проблеми дитини;
- 2) інформації про проблему та шляхи її вирішення;

3) консультації соціального оточення дитини та самої дитини (на певних етапах розвитку) щодо відпрацювання плану вирішення проблеми;

4) психолого-педагогічної допомоги на етапі реалізації складеного індивідуального плану.

Психолого-педагогічний супровід є досить складним процесом, який потребує тісної співпраці усіх спеціалістів, що приймають участь в життєдіяльності дитини з психофізичними порушеннями. Серед спеціалістів, які супроводжують дітей з порушеннями психофізичного розвитку, обов'язково повинні бути практичний психолог, спеціальний педагог, лікар-психіатр або лікар-невропатолог, соціальний педагог.

Найактуальнішою проблемою в роботі з дітьми з комплексними порушеннями психофізичного розвитку є організація психолого-педагогічного супроводу в умовах індивідуального навчання. Це проблема педагогічної науки й практики, особлива складність якої полягає в тому, що вона стосується суміжних галузей: педагогіки, педагогічної та вікової психології, корекційної педагогіки, а відтак двох систем шкіл – загальної і спеціальної [144].

Сьогодні, Україна створює нову форму навчання – інклюзивну, яка забезпечує можливість навчання дітям з порушеннями розвитку разом з нормотиповими дітьми. Тому все більш нагальною стає проблема правильного вибору форми навчання для дітей з психофізичними порушеннями розвитку (спеціальна школа-інтернат, інтегрована, інклюзивна, індивідуальна форми) і підвищення рівня професійної компетентності педагога щодо роботи з дітьми даної категорії.

Інклюзивна форма навчання передбачає використання таких основних принципів корекційно-педагогічної роботи:

- системності корекційних, профілактичних та розвиваючих задач;
- єдності діагностики та корекції розвитку;
- комплексності методів клініко-психолого-педагогічного впливу;
- урахування вікових та індивідуальних особливостей розвитку;

- особистісно-орієнтованого та діяльнісного підходу в системі корекційно-педагогічної роботи;
- оптимістичного підходу в корекційній роботі з дитиною, яка має особливості психофізичного розвитку;
- активного залучення найближчого соціального оточення до системи корекційного впливу;
- індивідуального та диференційного підходу в умовах колективного навчання [80].

Вже є значні напрацювання з проблем індивідуального навчання дітей з глибокими порушеннями розвитку (тяжка та глибока розумова відсталість, тяжкі форми дитячого церебрального паралічу тощо), але навчання дітей, які мають не одне тяжке, а комплексне порушення в розвитку залишається невивченим питанням.

Ми зупинимося на аналізі можливостей навчання, передбачених законодавчо для дітей з комплексними порушеннями зору, інтелекту, опорно-рухового апарату та мовлення, які навчаються в спеціальних загальноосвітніх школах на індивідуальному навчанні. Діти навчаються за найтяжчим первинним порушенням: в спеціалізованих навчальних закладах для дітей з ДЦП або з порушеннями зору, або порушеннями інтелекту. В більшості випадків такі діти навчаються вдома. Але індивідуальне навчання даної категорії дітей обмежується лише корекцією та подоланням вторинних відхилень тяжчого первинного порушення. Категорія дітей з комплексними порушеннями потребує індивідуалізації навчання та розробки структури й змісту індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Індивідуальне навчання – одна з форм корекційно-педагогічної допомоги дітям, які не відвідують освітні заклади, й передбачає допомогу на дому (надомне навчання). Форма надомного навчання найбільш адекватна для дітей молодшого шкільного віку, які в силу тяжких порушень рухової сфери, поєднання труднощів пересування з сенсорними, інтелектуальними, поведінковими розладами не можуть відвідувати освітні заклади. Надомне навчання повинно бути складовою

частиною системи спеціальної дошкільної освіти та може бути організовано як індивідуальне навчання окремих дітей.

Згідно статті 3 Закону України «Про освіту» право громадян на здобуття освіти забезпечується різними формами навчання – очною, вечірньою, заочною, екстернатом, а також педагогічним патронажем. У статті 13 Закону України «Про загальну середню освіту» зазначено, що навчально-виховний процес у загальноосвітніх навчальних закладах здійснюється за груповою та індивідуальною формами навчання, а бажаним надається право і створюються умови для прискореного закінчення школи, складання іспитів екстерном. Таким чином, на сьогодні в Україні здобути загальну середню освіту можна за такими формами:

- денною;
- вечірньою;
- індивідуальною;
- екстернатною.

Організація індивідуального навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку регулюється Положенням про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженим наказом Міністерства освіти України 12.01.2016 № 8 і зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03 лютого 2016 р. за № 184/28314.

Індивідуальне навчання організовується відповідно до закону України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Положення про індивідуальне навчання в системі загальної середньої освіти», Положення про дистанційне навчання, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України 25.04.2013 №466 і зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30.04.2013 за №703/23235.

Індивідуальне навчання є реалізацією права громадян з порушеннями фізичного та розумового розвитку на освіту, формуванням та розвитком соціально зрілої, творчої особистості школярів, забезпеченням соціально-психологічної реабілітації та трудової адаптації учня, вихованням у нього загальнолюдських цінностей, громадської позиції, підготовкою до подальшого громадського життя.

Індивідуальний психолого-педагогічний супровід є необхідною умовою ефективного навчання дітей з комплексними порушеннями.

До спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів зараховуються діти 6(7) років. При зарахуванні дітей до підготовчих, перших класів допускається перевищення віку дитини на 1-2 роки. Водночас у дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку можливі довготривалі операції з подальшою реабілітацією та лікуванням у стаціонарі, низька поінформованість батьків про індивідуальну форму навчання, психологічна незрілість до навчання у школі, що в подальшому впливають негативно на процес навчання дитини.

До підготовчого класу школи зараховуються діти з 6 (7) років, які не здобули дошкільну освіту, а в подальшому є непідготовленими до навчання у школі. Саме індивідуальний психолого-педагогічний супровід має передбачати доступ дитини з комплексними порушеннями розвитку до навчання, виховання та реабілітації у центрах раннього втручання від народження до 6-ти років. Протягом цих років дитина зможе адаптуватися до навчального процесу, навчитися виконувати елементарні інструкції дорослого, приймати допомогу, комунікувати з дорослим, засвоїти елементарні знання з граматики, арифметики, сформувані елементарні соціально-побутові навички тощо.

Більшість дітей з комплексними порушеннями розвитку мають різні форми епілепсії, що необхідно враховувати при підготовці індивідуального навчання.

Головним в індивідуальному психолого-педагогічному супроводі має бути діагностика індивідуальних можливостей дитини. Але діагностичної методики для дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору не розроблено.

Спираючись на індивідуальні можливості кожної дитини, для реалізації індивідуального навчання має розроблятися мультидисциплінарною командою індивідуальний календарно-тематичний навчальний план на основі навчальних програм, рекомендованих Міністерством освіти і науки України, робочого навчального плану закладу, який погоджуються з батьками (особами, які їх замінюють), розглядається педагогічною радою і затверджується керівником

школи. Але при індивідуальному навчанні індивідуальний календарно-тематичний план розробляється одним вчителем без належного діагностування дитини.

Із метою вивчення можливостей й особливостей індивідуальної форми навчання проведено наукові дослідження українськими вченими (В. Бондар [32], Л. Вавіна [34], І. Єременко [60], Г. Мерсіянова [60], О. Хохліна [159] та ін.). Автори наголошують на необхідності всебічного вивчення індивідуальних та типологічних ускладнень та врахування їх під час здійснення індивідуалізації навчального процесу. Тому, ми вважаємо, що саме індивідуальний психолого-педагогічний супровід має врахувати діагностику дитини.

Можливості дітей з комплексними порушеннями розвитку вкрай обмежені, але ж все-таки, результати роботи показують, що при створенні необхідних педагогічних умов позитивна динаміка в їх розвитку може бути досягнута. Під педагогічними умовами мається на увазі наявність позитивного для дитини оточення, науково-обґрунтованих програм виховання та навчання, адекватних методів та прийомів роботи, методичного та кадрового забезпечення. Вміння скласти індивідуальний план розвитку та навчання такої дитини, а також вибрати для цього оптимальні шляхи та способи реалізації цієї програми є невід'ємною частиною педагогічної майстерності. Педагогічні умови мають стати фундаментом в індивідуальному психолого-педагогічному супроводі дитини, що дасть позитивну динаміку у навчанні.

Щоб допомога цим дітям була ефективною, важливо створити необхідні умови, оточення, в яких буде здійснюватись корекційно-розвивальна робота, спрямована на досягнення певної соціально-трудової реабілітації та адаптації дітей в умовах родини, у колективі однолітків та у суспільстві. При системній, цілеспрямованій, комплексній взаємодії педагогів, психологів, лікарів, батьків та наявності науково обґрунтованих програм виховання та навчання позитивна динаміка реальна. Зрозуміло, що допомога повинна починатися як можна раніше, а це пов'язано з ранньою діагностикою як медичною, так і психолого-педагогічною. При цьому важливо не просто констатувати наявність у дитини

первинних порушень розвитку, але й встановити ступінь, характер і структуру цих порушень. Завдання медичного обстеження вирішують лікарі. Психологи та спеціальні педагоги повинні визначити освітньо-виховний «маршрут» дитини та здійснювати її супровід упродовж всього періоду навчання дитини в спеціальному закладі.

Для цього необхідно знати актуальні та потенційні психофізичні можливості дитини. Встановлення «стартового» рівня розвитку дозволить його регулювати та прицільно впливати на формування тих процесів, які цього в більшій мірі потребують, вибирати адекватні педагогічні технології, відслідковувати динаміку та становлення формуючих функцій. І в цьому велике практичне значення психолого-педагогічної діагностики. Для дітей з комплексними порушеннями розвитку має бути діагностика функціонального рівня розвитку, яка дозволить простежити, які навички необхідно виробити для самостійного навчання, а в подальшому життя.

М. Косовська [86] наголошує на тому, що організація індивідуального навчання також передбачає вирішення ряду суперечностей між:

- індивідуальним темпом розвитку дитини та регламентованим часом на індивідуальне навчання;
- обов'язковим освітнім рівнем учнів, який має відповідати вимогам Державного стандарту початкової загальної (спеціальної) освіти, і розвитком творчих здібностей школярів у межах визначеного навчального часу;
- недостатньо сформованими навичками самостійної роботи учня молодшого шкільного віку і великою кількістю часу, відведеного на самостійне опрацювання навчального матеріалу;
- різним рівнем навчальних можливостей учнів та недостатньою кількістю годин, відведених на їх навчання;
- постійною потребою учня у підтримці і допомозі вчителя та обмеженістю часу для співпраці учня з учителем;

- реалізацією вчителем індивідуального підходу до учнів у процесі індивідуального навчання та відсутністю достатніх умов для вивчення індивідуальних особливостей учнів;
- організацією вчителем індивідуального навчання молодших школярів та відсутністю науково обґрунтованих технологій індивідуального навчання;
- самостійним опрацюванням учнем навчального матеріалу та відсутністю навчально-методичного забезпечення, яке вміщувало б алгоритми виконання завдань з різним рівнем навчальних можливостей;
- реалізацією програмних вимог з навчальних дисциплін та відсутністю орієнтованого плану індивідуального навчання учнів молодшого шкільного віку;
- соціалізацією особистості молодшого школяра і недостатнім перебуванням в шкільному колективі тощо.

Такий підхід до вирішення освітніх проблем передбачає принципово нове трактування поняття індивідуального навчання.

Розмежовуючи індивідуальну та індивідуалізовану роботу, І. Чередов зазначав, що:

- індивідуальна форма навчальної роботи передбачає індивідуальну діяльність учнів, спрямовану на виконання загальних для всього класу завдань без контакту з іншими школярами, але в єдиному для всіх темпі;
- індивідуалізована робота – це навчально-пізнавальна діяльність, спрямована на виконання специфічних завдань відповідно до їх навчальних можливостей.

Академік О. Савченко [137] зазначає, що дидактична суть індивідуального навчання полягає в тому, що дитина вчиться з прямою чи опосередкованою педагогічною допомогою вчителя.

Діти, залучені до індивідуального навчання, працюють за навчальними планами та програмами, рекомендованими Міністерством освіти і науки, підручниками, посібниками та іншими дидактичними засобами, визначеними МОН України для учнів загальноосвітніх та спеціальних шкіл.

Основними задачами психолого-педагогічного супроводу дитини з комплексними порушеннями розвитку в умовах індивідуального навчання є:

- формування соціально-побутового орієнтування та навичок самообслуговування, розвитку комунікативних навичок;
- розширення уявлень про оточуючий світ, розвиток відповідних віку видів дитячої діяльності;
- оволодіння матеріалом навчальних програм з урахуванням індивідуальних можливостей дитини;
- психологічна підтримка батьків, навчання їх способам взаємодії з дитиною, методам виховної та корекційно-освітньої роботи;
- розвиток навичок у дитини, які необхідні для чкісного життя у суспільстві [49, с.12].

Проте, вивчивши дослідження науковців та ознайомившись із практикою психолого-педагогічного супроводу в умовах індивідуального навчання дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту, зору та мовлення, визначено ряд негативних факторів, які потребують нагального вирішення:

- невизначеність принципів організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей, які мають комплексні порушення розвитку;
- відсутність комплексної діагностичної методики для даної категорії дітей;
- недостатнє врахування в процесі індивідуального психолого-педагогічного супроводу особливостей психофізичного розвитку та можливостей учнів;
- відсутність комплексного корекційно-реабілітаційного супроводу в умовах індивідуального навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку в умовах сім'ї;
- відсутність мультидисциплінарного підходу в індивідуальному навчанні;
- зосередження на стандартизованих програмах, а не на адекватних навичках дитини з порушеннями розвитку;
- відсутність групової форми взаємодії поза межами школи;

- невизначеність ефективних умов індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку;
- відсутність цілісної структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу дитини з комплексними порушеннями в умовах сім'ї.

Психолого-педагогічний супровід дітей з комплексними порушеннями розвитку в умовах індивідуального навчання є новим напрямком в навчанні дітей психофізичного розвитку.

Висновки до розділу першого

Підсумовуючи все вище сказане, дійшли висновку, що:

- актуальність проблеми навчання і виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку визначається відсутністю належної науково-методичної основи для організації навчання даної категорії дітей та необхідністю розробки структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку;

- комплексні порушення представлені декількома первинними порушеннями психофізичного розвитку в однієї дитини, вони чинять багатоаспектний вплив одне на одного і взаємопідсилюються, тоді як шляхи компенсації вторинних порушень в структурі комплексного порушення виявляються значно обмеженими;

- діти з комплексними порушеннями розвитку мають специфічні особливості психічного розвитку: уповільнений розвиток відчуттів і сприймань, обмеженість предметних уявлень, затримку розвитку загальної моторики, недорозвиток дрібної моторики, порушення зорово-моторної координації, недостатність просторових уявлень, сповільнений розвиток різних форм діяльності, недорозвиток мовлення, затримка розвитку мислення, певні особливості емоційно-вольової сфери, міміки та пантоміміки, на відміну від дітей з одиничними порушеннями;

- аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження показав, що структура комплексного порушення розвитку має рухові, зорові, інтелектуальні, мовленнєві порушення, що призводять до порушень в емоційно-вольовій сфері та особливостей формування особистості дитини;

- причинами порушень серед обстежуваних дітей були: близько 80% - родова травма, 10% - генетичні порушення, 8% - захворювання матері під час вагітності (токсоплазмоз, цитомегаловірус, сифіліс) та 2% – захворювання у ранньому дитячому віці (енцефаліти, менінгіти тощо);

- психолого-педагогічний супровід дітей з комплексними порушеннями розвитку – це пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність освітнього закладу, яка обов'язково має бути спрямованою на організацію навчально-виховного процесу дитини з комплексними порушеннями розвитку.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

2.1. Експериментальна методика комплексної діагностики психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору

Діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку потребують ефективного корекційно-розвиткового навчання, яке буде адаптоване до їх психофізичних та інтелектуальних можливостей. Разом з цим, розробка індивідуального навчально-тематичного плану неможлива без психолого-педагогічного діагностування стану розвитку опорно-рухового апарату, інтелектуальних та зорових можливостей дитини.

При діагностуванні дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку ми спиралися на принципи, сформульовані в методологічних працях В. Лубовського [93] Т. Розанової [135], та інших вчених:

- 1) принцип комплексного вивчення дітей;
- 2) принцип всебічного вивчення дітей;
- 3) принцип цілісного системного вивчення дитини;
- 4) принцип врахування онтогенетичного розвитку.

Дослідження, що проводилися М. Вернадською [157], О. Венгером [40], Т. Волковською [157], С. Забрамною [66], І. Левченком [90], М. Певзнер [124], А. Семеновичем [157], М. Семаго [141], Л. Фільчиковою [157] та ін. продемонстрували, що комплексна діагностика дітей зі складними порушеннями розвитку включає в себе медичне, логопедичне, психологічне та педагогічне обстеження, а також вивчення виробів дітей.

Діагностування дітей з комплексними порушеннями розвитку – це необхідна умова розробки засобів корекційного впливу відповідно до індивідуальних потреб дітей даної категорії та створення належних умов для їх навчання та розвитку.

Водночас діагностування дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку представляє значні труднощі. Дослідження К. Глушенко [48], Л. Ростамашвілі [134] вказують на низку труднощів в обстеженні дітей з комплексними порушеннями розвитку:

- неможливість використання стандартизованих тестових методик, труднощі розробки тестового матеріалу та критеріїв оцінювання для дітей даної категорії; специфічний характер спілкування і взаємодії з оточуючими – корекційному педагогу необхідно володіти засобами комунікації, які доступні для кожної дитини, способами взаємодії – дактилем, жестовою мовою, письмом по долоні, письмом по Брайлю, тактильними символами, використовувати поєднання різних способів комунікації; зниження пізнавальної та рухової діяльності – використання індивідуально-диференційованого підходу, діагностування проводиться в ігровій та побутовій діяльності, активно використовується стимульний матеріал, який може підвищити зацікавленість дитини. Також необхідним є виключення стресових ситуацій, негативних коментарів, створення ситуації успіху, які сприяють появі позитивних емоцій; труднощі в розумінні дітьми інструкцій педагога, необхідність визначення відстані, на якій дитина може бачити, чути; виявлення вподобань кольорів, предметів, видів діяльності, здатності до роботи за зразком, аналіз здатності дитини користуватися допомогою;

- труднощі переключення дитини з одного виду діяльності на інший – на одному занятті використовувати декілька тестових завдань, краще обстеження проводити в ранковий час, тестові завдання пред'являють від простих до складних, від сильної кольорової контрастності до більш слабкої, від тихого звуку до більш гучнішого; завдання пред'являються у звичному темпі для дитини, після вербальне та невербальне пояснення з уповільненою демонстрацією образу, повторення і промовляння (по можливості) хід рухової дії, а вже після виконання тестового завдання самостійно дитиною;

- порушення орієнтування в просторі – використання різних видів сигналів: аудіальні, тактильні, вібраційні, нюхові, температурні характеристики;

- прояв негативізму під час обстеження – виявлення факторів, які впливають на зміни настрою, поведінки, мотивації дитини, рухової активності, під час негативних проявів необхідно відмовитися від проведення обстеження;

- підвищена чутливість до зорових, тактильних, звукових подразників, наявність гіперестизії – підвищеної чутливості шкіри – подразнення у дітей провокує яскраве світло та сильні звуки, деякі запахи, це необхідно передбачати та продумувати способи взаємодії дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Окрім цих труднощів, для кожної дитини необхідно індивідуально підбирати та(або) адаптувати діагностичні вправи, необхідна диференціальна діагностика та розмежування вторинних відхилень, з'ясування того, яким первинним порушенням вони обумовлені.

При вивченні дітей, які не мають порушень психофізичного розвитку, діагностичні методики використовують для визначення порівняльного рівня розвитку дитини, відповідності до деякого середнього рівня (тобто узагальненого показника норми) [102]. Потрібно відзначити, що для дітей з комплексними порушеннями розвитку діагностику не можна будувати на відповідності узагальненому показнику норми. Розвиток таких дітей відбувається відповідно до загальних психологічних закономірностей, проте відповідні новоутворення затримуються у своєму виникненні (залежно від складної структури порушення), тому неможливо орієнтуватися на загальноприйняті вікові норми прояву певних психічних явищ, а лише на послідовність виникнення навичок і вмінь.

Кожна дитина має різні комбінації порушень, які поєднуючись, створюють інакшу структуру порушення. Тому порівнювати актуальний розвиток дитини з комплексними порушеннями з розвитком нейротипічної дитини чи дитини з одиничним порушенням ми не можемо. Але кожна дитина з комплексними порушеннями розвитку може досягти успіхів у функціонуванні певної системи. Наприклад, дитина через спастичність рук не зможе навчитися брати предмети, але вона може досягти високого рівня зорового функціонування, що дасть можливість розрізняти ці предмети та розвивати комунікацію з іншими людьми.

Стан психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку визначається не біологічним віком, а темпами розвитку психічних процесів. Для таких дітей загальноприйнятим є визначення ступеня розвитку певних навичок на рівні певної вікової норми, наприклад, розвиток мовлення на рівні 3-х років. Але через неоднорідність структури порушення різні психічні процеси можуть перебувати на різних рівнях розвитку. Тому, при оцінюванні вмінь можна відштовхуватися від шкал розвитку, наприклад, KID та RCDI [182], основним принципом яких є використання опитувальників. Вони складаються за результатами аналізу різних типових форм поведінки дітей.

На нашу думку, задача психолого-педагогічного обстеження дітей з комплексними порушеннями розвитку – це не тільки визначення актуального функціонального рівня розвитку, а й можливостей для розвитку та необхідних для цього умов. Вивчення дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку є не лише констатацією розвитку, а й орієнтиром для планування подальшого педагогічного впливу.

Отже, дитина з комплексними порушенням опорно-рухового апарату, інтелекту та зору потребує диферентційованого, індивідуального підходу до психолого-педагогічного обстеження та наступної корекції.

Проаналізовано науковий досвід таких вчених, як Л. Виготський[42], С. Забрамна [66], Є. Єкжанова [58], М. Кольцова [82], В. Лубовський [93], І. Марковська [99], Є. Мастюкова [102], Т. Розанова [135], Є. Стребелева [58] та виділено чинники, що визначають особливості проведення обстеження дітей з комплексними порушеннями:

- відмінність від узагальненого показника норми;
- неоднорідність темпів розвитку психічних процесів;
- визначеність недоліків у розвитку – відсутність або недорозвиток психічних процесів;
- необхідність інтегрованого підходу у діагностиці дітей;
- урахування мовленнєвого розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку;

- необхідність підбору діагностичних завдань для оцінки актуального розвитку дитини;

- необхідність підбору різнорівневих завдань для дітей з комплексними порушеннями розвитку через неоднорідність структури порушення;

- необхідність відмічати в обстеженні стан розвитку однієї функції, а представити дані в сукупності всіх проявів, що дозволить скласти цілісну картину розвитку дитини;

- необхідність у якісній та кількісній обробці результатів.

Також, однією із форм роботи під час першого знайомства з родиною, де є дитина з комплексними порушеннями розвитку, є аналіз відеозаписів занять з дитиною вдома, режимних моментів, прогулянок, які приносять на первинне консультування батьки. Ця форма роботи використовується для спільного обговорення з батьками поведінки дитини, пізнавального розвитку, вподобань тощо. Після аналізу прописується індивідуальний підхід до подальшого діагностування дитини.

Під час обстеження дітей з комплексними порушеннями визначаються особливості поведінки. Для цього застосовують аналіз відеоматеріалів психолого-педагогічного обстеження. Спеціальний педагог аналізує:

- ступінь активності та зацікавленості у спілкуванні;
- індивідуальні шляхи та засоби спілкування, чутливість дитини до партнера та можливість відповідати та підтримувати діалог;

- рухові особливості, способи переміщення дитини в просторі, звичні положення та дії, ті рухи, які радують її.

- особливості використання дитиною зору, слуху, нюху, дотику при знайомстві з новими предметами та орієнтуванням в просторі, бо найчастіше дитина з комплексними порушеннями розвитку для знайомства з новими предметами використовує не руки, а інші частини тіла, наприклад, ноги, спину, різні частини обличчя, язик;

- рівень розвитку предметної діяльності, спостереження і описування різних видів діяльності з предметами, відмічає інтерес до іграшок, наполегливість,

емоційну залученість в діяльність, ступінь прийняття допомоги і підтримки дорослого, здатність до наслідування;

- потенційні можливості розвитку дитини з комплексними порушеннями.

Спираючись на описані вище особливості була розроблена комплексна діагностична психолого-педагогічна методика для визначення функціонального стану розвитку опорно-рухової сфери, зорової та інтелектуальної сфери дітей експериментальної групи.

Комплексна діагностична методика містить у собі модифіковані методики Л. Бадаляна [13], Л Бендера [184], А. Бернштейна [185], Є. Єкжанова[58], П. Жиянної, М. Кольцової [82], О. Лурія [183], Є. Нарішкіна [117], М Семаго [130], Л. Сековець [140], Є. Стребелевої [58] та розроблені нами адаптовані ігрові завдання для дітей з комплексними порушеннями розвитку.

В якості методів обстеження використовувалися: спостереження, бесіда з батьками, вчителями, анкетування батьків, вивчення медичної документації, спостереження за дитиною, власне експериментальне дослідження; ведення протоколів обстеження; якісний та кількісний аналіз навичок моторної, зорової та інтелектуальної сфер.

Перший блок складався із завдань, які були спрямовані на діагностику стану моторики рук і дрібної моторики:

- стан розвитку хапальних рухів;
- стан розвитку рухових можливостей дитини;
- стан розвитку м'язового тону;
- стан розвитку рухливості кисті рук;
- стан розвитку диференційованих рухів пальців;
- стан розвитку узгодженості дій рук;
- стан розвитку наслідувальних рухів рук;
- стан розвитку ритмічності рухів рук;
- стан розвитку предметно-практичних дій;
- визначення провідної руки.

Для дослідження стану розвитку хапальних дій визначено ігрові завдання: «Візьми ложку», «Постукай предметами», «Вийми предмет з коробки», «Склади в коробку», «Побудуй башту з двох кубиків», «Кинь у пляшку камінець», «Злови та кинь великий і маленький м'яч», «Розстібни та застібни блискавку».

Метою спостереження було обстеження хапальних дій та спостереження за різними способами хапання та утримання предметів різного кольору, розміру, форми. Передбачалося, що дитина буде робити хапання дрібних предметів однією рукою, а великих – обома руками.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не рухає руками, не хапає предмети, допомогу від дорослого не приймає, розкрити долоні дитини важко, у дитини спостерігається підвищений м'язовий тонус. Чим більше зусиль дорослий прикладає для того, щоб розкрити долоні дитини, тим сильніша спостерігається спастика. Спостерігається також гіпотонус м'язів у дитини, яка через надмірне зниження м'язового тонуусу не може хапати предмети. Безладні та швидкі хаотичні рухи руками та іншими частинами тіла призводять до порушення хапального рефлексу.

Низький рівень (1 бал) – Дитина намагається хапати пропоновані предмети, але не проявляє інтересу до них. Дорослий пропонує дитині погратися з м'ячами, дитина використовує м'ячі не за призначенням, відштовхує їх або намагається схопити м'яч обома руками, які стиснуті в кулачки. Виконує просте завдання «візьми ложку» за допомогою дорослого. Більш складні завдання не виконує. М'яч не може утримувати, долоні при хапанні розкриваються з труднощами, спостерігається спастика на обох руках або збереженою рукою дитина робить спробу хапати іграшки, а слабша рука не бере участі в хапанні. Дитина при хапанні робить багато зайвих рухів, спостерігаються гіперкінетичні рухи, скористатися допомогою не може.

Середній рівень (2 бали) – Дитина завдання виконує, грає з м'ячами з інтересом, але хапає м'ячі з великими труднощами утримує предмет. Долоні

розкриваються не повністю. Великі м'ячі хапає обома руками, маленькі м'ячі хапає збереженою рукою. Хапає предмети і може постукати ними, вийняти із коробки та скласти предмети двома пальцями. При цьому пальці слабшої руки напружені або розслаблені. Дрібні предмети дитина намагається брати, але вони висковзають із її пальців. Зловити та кинути м'яч не може, виконує це завдання з допомогою дорослого.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина хапає предмети двома руками. Більш уражена рука допомагає збереженій руці утримувати великі предмети. Збереженою рукою здійснює хапання різними способами – всіма пальцями та пучечком. Дитина будує башту, ловить та кидає м'яч. Труднощі виникають при застібанні та розстібуванні блискавки, де потрібно прикласти більші зусилля.

Високий рівень (4 бали) – Дитина виконує всі завдання, при хапанні предметів долоні обох рук розкриваються повністю. Хапання предмета здійснює двома руками різними способами: всіма пальцями, пучечком, двома пальцями, спостерігається симетричне хапання предмета двома руками.

Для дослідження рухових можливостей дитини визначено такі завдання: «Підніми дві руки вгору», «Зігни руки в ліктях», «Розведи руки в сторони», «Відкрий коробку», «Намалюй», «Зніми одяг», «Перегорни сторінку», «Дістань намистинки з мішечка», «Кинь м'ячик над головою».

Метою спостереження є визначення рухової активності за темпом та якістю рухів рук, визначення рівня дрібної моторики.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Через надмірну спастичку чи гіпотонус м'язів дитина не рухає руками, руки затиснуті в кулачки, жодне завдання не може виконати. Коли педагог піднімає руки дитини, то вона починає плакати та проявляти негативізм, дорослий не може зігнути руки дитини в ліктях через надмірну спастичку.

Низький рівень (1 бал) – Дитина завдання розуміє частково. Запропоновані завдання не виконує через обмеженість рухів. Довільні рухи

викликають сильне напруження та утруднення, рухи обмежені більше в ураженій руці, відмічаються слабкість при згинанні та випрямлянні рук. Дорослий допомагає дитині виконувати завдання.

Середній рівень (2 бали) – Дитина рухає руками слабко, піднімає тільки збережену руку. Зігнути руки в ліктях самостійно не може. Відкриває коробочку за допомогою дорослого. Більш уражена рука участі у виконанні завдань не бере. Спостерігається зниження амплітуди рухів, неповне вирівнювання збереженої руки у ліктьовому суглобі, гіперкінези, тики, тремтіння пальців тощо.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина показує предмети за допомогою вказівного пальця, відкриває коробку, малює фломастерами, але всі рухи виконує збереженою рукою, а слабшою намагається допомагати. Рухи збереженої руки близькі до фізіологічних. Слабша рука менш скоординована. Дорослий допомагає дитині, дитина допомогу приймає.

Високий рівень (4 бали) – Дитина виконує усі завдання. Рухові дії обмежені тільки в окремих рухових функціях, але рухи рук вільні та природні, приймає та розуміє всі представлені завдання.

Для дослідження стану розвитку м'язового тонусу дитини визначено такі завдання: «Розгорни цукерку», «Відкрий коробку», «Тримай фломастер», «Одягни рукавицю», «Відкрути кришку», «Закрути кришку», «Зліпи кульку», «Одягни велику намистинку на проволоку».

Метою спостереження є оцінка м'язового тонусу, визначення рівня дрібної моторики.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Спостерігається знижений м'язовий тонус, що не дає можливості виконати жодне запропоноване завдання, руки дитини лежать на столі і не рухаються, дитина не реагує на завдання, дитина млява. Якщо дорослий розведе або зведе руки до купи, то ніякого опору не буде.

Низький рівень (1 бал) – дитина проявляє слабкі м'язові зусилля, які недостатні для того, щоб розгорнути цукерку, одягти рукавицю, відкрутити чи

закрутити кришку, одягти намистинку. Дорослий стимулює дитину до виконання завдання й у дитини спостерігається слабкий м'язовий тонус, вона намагається стиснути руку і захопити предмет.

Середній рівень (2 бали) – Дитина захоплює предмет, але через слабкість м'язового тонусу, утримує його не довго. Фломастер під час малювання випадає із руки. Виконує завдання тільки збереженою рукою, м'язові зусилля недостатні та короточасні, дорослий вкладає предмети в уражену руку, але вони випадають.

Достатній рівень (3 бали) – У дитини спостерігаються достатні м'язові зусилля, дитина розгортає цукерку, відкриває коробку, одягає рукавицю на руку, але відкрити і закрити кришку не може, бо для цього необхідно прикласти м'язові зусилля обома руками, а дитина м'язові зусилля докладає більш збереженою рукою, ніж слабшою. Може виконати завдання, якщо дорослий буде тримати пляшку чи проволоку.

Високий рівень (4 бали) – Дитина самостійно може виконати всі представлені завдання, м'язові зусилля прикладає диференційовано, прикладає однаково обома руками.

Для дослідження стану рухливості кисті рук дитини визначено такі завдання: «Потисни руку», «Покажи долоньки», «Поклади кульки до коробочки», «Поплескай в долоні», «Погладь ведмедика», «Умивання та витирання рук», «Проведи намистинку по спіралі», «Застібни і розстібни гудзик».

Метою спостереження є визначення здатності згинати, розгинати та обертати кисті рук.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Рухової активності кисті рук не спостерігається. Згинання, розгинання, обертання кисті рук у зап'ястку не розвинуті, дитина самостійно не кладе кульки до коробочки, не миє руки і не витирає їх, не відкриває коробку і не проводить намистинку по спіралі, ковшоподібних рухів не відмічається. Дитина демонструє нерозуміння завдання, негативно реагує на його виконання.

Низький рівень (1 бал) – Рухливість кисті рук недостатньо розвинена. Тільки за допомогою дорослого окремо може зігнути або розігнути одну руку, статичну рівновагу не утримує ані в горизонтальному, ані у вертикальному положенні. Обертання не розвинені, дитина може потиснути руку дорослого, труднощі виникають із хапанням предметів і переміщенням їх у коробку, розвернути руки і показати свої долоньки не може, амплітуда рухів низька.

Середній рівень (2 бали) – Рухливість кисті розвинута недостатньо, амплітуда рухів низька, статичну рівновагу утримує короткочасно і тільки збереженою рукою. Дитина може потиснути руку і поскладати кульки до коробочки.

Достатній рівень (3 бали) – Рухливість кисті рук розвинута достатньо, виконує всі завдання, крім розкручення та закручення кришки, застібання і розстібання гудзиків. Їх дитина виконує тільки за допомогою дорослого.

Високий рівень (4 бали) – Дитина демонструє розуміння завдання, виконує всі завдання самостійно. Згинання, розгинання та обертання кисті рук розвинуті достатньо, статичну рівновагу утримує, амплітуда обертання повна. З допомогою дорослого перевіряє виконане завдання.

Для дослідження стану розвитку диференційованих рухів пальців дитини визначено такі завдання: «Стисни руки в кулачок», «Відкрий коробку», «Повтори рух», «Переклади дрібні фігурки з однієї коробки в іншу», «Склади папір навпіл», «Покажи предмети за допомогою вказівного пальця», «Покажи пальчик», «Розріж папір».

Метою спостереження є обстеження рухів пальців, здатності до самостійного розведення і зведення пальців, здатності до швидкого зведення та розведення пальців у вихідне положення, здатності виконувати рухи окремими чи певними пальцями.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Диференційовані рухи пальців не розвинені. Дитина не може виокремити один чи декілька пальців самостійно, рухи пальців

різко обмежені, не може розвести і звести пальці, обидві руки зведені до долоні, протиставлення великого пальця не сформоване, при розведенні пальців статичну рівновагу не утримує. Допомога на даному рівні не ефективна.

Низький рівень (1 бал) – Дитина не виконує завдання за зразком. Після багаторазового повторення дорослим завдання та допомоги самостійно виконати не може. При розведенні пальців статичну рівновагу утримує з труднощами, стискає руки у кулак за допомогою дорослого. Після навчання дитина не може розвести і звести пальці, при з'єднанні пальців відмічається різке їх змикання в залежності від м'язового тону, показати предмет за допомогою вказівного пальця не може, рухи не повторює.

Середній рівень (2 бали) – Дитина самостійно стискає руки в кулачки, але спостерігаються труднощі із розведенням пальців. Виділяє тільки декілька пальців, показати предмет вказівним пальцем не може, виокремити один палець не може, дрібні фігурки перекладає за допомогою дорослого, рухи не повторює за дорослим.

Достатній рівень (3 бали) – Допомогу дорослого приймає. Завдання самостійно не виконує, а тільки за зразком дорослого. Рухи пальців збереженої руки природні, на слабшій руці – напружені або розслаблені. При розведенні пальців статичну рівновагу на збереженій руці утримує, одночасно декілька пальців виділити може, але спостерігаються труднощі з виділенням безіменного і середнього пальців.

Високий рівень (4 бали) – Завдання виконує самостійно з невеликою допомогою дорослого, після виконання завдання перевіряє виконане завдання, порівнюючи з виконанням дорослого, а також виправляє помилки. Пальці роз'єднує та поєднує вільно та природно, статичну рівновагу утримує, вільно виділяє пальці по одному, труднощі виникають тільки з безіменним пальцем.

Для дослідження стану розвитку узгодженості дій рук дитини визначено такі завдання: «Підніми дві руки вгору», «Розпакуй предмет», «Повітряна кулька», «Розріж папір».

Метою спостереження є обстеження узгодженості дій рук, наявності елементарних соціально-побутових навичок.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Узгодженість рук не розвинута, предмет самостійно взяти не може, дві руки вгору не піднімає, розпакувати предмет не може, спостерігається підвищений чи знижений тонус м'язів, дитина руками не рухає.

Низький рівень (1 бал) – Така функція, як узгодженість рук розвинута слабо. Тільки з допомогою дорослого дитина утримує кульку, притискуючи до себе. Підняти руки вгору не може, дитині важко розрахувати правильно м'язові зусилля, різати ножицями не може.

Середній рівень (2 бали) – Дитина намагається зловити кульку тільки однією рукою, а слабшою не ловить. Відштовхує кульку теж збереженою рукою. Після показу дорослим намагається працювати обома руками, але слабкою рукою рухає з великими труднощами, рухи рук неточні та недостатньо узгоджені. Повітряну кульку бере з труднощами у прийнятті необхідної пози для рук, піднімає вгору тільки по одній руці, ножицями самостійно не ріже.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина добре працює збереженою рукою, хапає кульку збереженою рукою, а уражена рука допомагає утримати її. Піднімає збережену руку вгору, а уражену – з труднощами. Предмет розпаковує збереженою рукою, а ураженою підтримує. Ріже папір тільки за допомогою дорослого.

Високий рівень (4 бали) – Рухи рук узгоджені достатньо. Кульку ловить обома руками, рухи природні, відштовхує кульку успішно. Піднімає вгору дві руки разом. Розпаковує предмет швидко та обома руками. Ножицями ріже з невеликою допомогою дорослого.

Для дослідження стану розвитку наслідувальних рухів рук дитини визначено завдання «Спритні ручки» (долоня-кулак) – спрощений варіант проби на динамічний праксис (тест Т. Ахутіної).

Метою спостереження є встановлення рівня наслідувальних рухів рук.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Наслідувальні рухи не розвинуті, дитина не рухає руками, не імітує, не спостерігає за руками дорослого або через відсутність зору не бачить та не може їх відтворити.

Низький рівень (1 бал) – Безпосередня демонстрація знаходиться на низькому рівні, наслідувальні рухи не розвинуті. Дитина не може зібрати пальці у кулак. Дитина виконує завдання з великими труднощами, дорослий навчає дитину наслідувальним рухам, але навчання на цьому етапі малоефективне. Після багаторазового повторення дитина намагається зібрати пальці в кулак, але випрямити пальці рівно та звести один до одного не може, у дитини спостерігається гіпертонус або гіпотонус м'язів рук.

Середній рівень (2 бали) – Наслідувальні рухи дитини частково відповідають зразку. Дитина може зібрати руку в кулак або розігнути пальці і зібрати в долоню. Навчання ефективне, після навчання дитина самостійно може виконати завдання з невеликими помилками. Рухи збереженої руки більше відповідають зразку, а рухи слабшої руки відстають за темпом і якістю рухів.

Достатній рівень (3 балів) – Наслідувальні рухи дитини розвинуті на достатньому рівні. Дитина збирає обидві руки у кулак та розгинає пальці. Зібрати в долоню пальці може тільки на збереженій руці, а уражена рука залишається затиснутою в кулак.

Високий рівень (4 бала) – Дитина розуміє вербальну інструкцію. Сприймає завдання. Наслідувальні рухи розвинуті достатньо, дитина за зразком дорослого може безпомилково виконати завдання, разом із дорослим перевіряє виконання завдання.

Для дослідження стану розвитку ритмічності рухів рук дитини визначено завдання: «Поклади кульки до коробочки», «Переклади дрібні предмети з однієї коробки в іншу», «Плесни в долоні три рази».

Метою спостереження є обстеження ритмічності рухів у заданому темпі.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не виконує запропоновані завдання. Не спостерігається рухової активності.

Низький рівень (1 бал) – Завдання виконує, але ритмічність рухів не розвинута. Завдання виконує в різному темпі, дорослий допомагає дитині дотримуватися певного ритму, завдання виконується способом «рука в руці», дитина допомогу приймає.

Середній рівень (2 бали) – Дитина виконує завдання за допомогою дорослого та з дотриманням ритму, наприклад разом рахувати кульки. Плескати в долоні самостійно не може.

Достатній рівень (3 бали) – Допомогу приймає. Дорослий допомагає у задаванні певної ритмічності рухів. Збереженою рукою виконує рухи в заданому темпі, слабшою – диференційовано.

Високий рівень (3 бали) – Дитина самостійно виконує завдання у заданій ритмічності рухів.

Для дослідження стану розвитку предметно-практичних дій дитини визначено завдання: «Поклади кульки до коробочки», «Переклади дрібні предмети з однієї коробки в іншу», «Покоти м'яч», «Пересип квасолу з однієї миски в іншу», «Перелий воду з однієї посудини у іншу», «Склади свій одяг».

Метою спостереження є встановлення рівня розвитку предметно-практичних дій, маніпулювання предметів, виконання дій з предметами.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Предметно-практичні дії не розвинуті. Дитина не виконує запропоновані завдання.

Низький рівень (1 бал) – Дитина маніпулює предметами, але не виконує дії відповідно до їх основних властивостей. Предметно-практичні дії не сформовані, після навчання та багаторазового повторення дитина повторює рухи з допомогою дорослого.

Середній рівень (2 бали) – Предметно-практичні дії сформовані частково, дитина маніпулює предметами, перекладає та складає кульки до коробки, перекочує м'яч, працює тільки збереженою рукою. Елементарні предметно-практичні дії виконує, а складніші – не може.

Достатній рівень (3 бали) – Предметно-практичні дії сформовані достатньо, дитина маніпулює предметами та виконує дії відповідно до їх основних властивостей, котить кульки до коробочки, перекладає дрібні предмети, пересипає квасолю та переливає воду, працює краще збереженою рукою, ніж слабкою.

Високий рівень (3 бали) – Дитина самостійно виконує всі завдання, предметно-практичні дії сформовані, працює обома руками.

Дуже часто батьки не можуть сказати, якою є провідна рука дитини з комплексними порушеннями розвитку, оскільки поведінка дитини є різноманітною. Для **визначення провідної руки** нами були використані загальноприйняті тестові завдання О. Лурія [183]: тест «поза Наполеона», тест «Коробочки», тест «Поплескай в долоньки».

Другий блок складається із завдань, які спрямовані на діагностику стану зорового функціонування:

- виявлення рівня розвитку зорової уваги;
- виявлення рівня розвитку зорової пам'яті;
- виявлення розвитку зорово-моторної координації;
- виявлення рівня розвитку навичок орієнтувально-обстежувальної діяльності;
- виявлення рівня розвитку сприймання кольорів;
- виявлення рівня розвитку сприймання форми;
- виявлення рівня розвитку сприймання величини.

Метою другого блоку не було проведення офтальмологічної діагностики, а визначення здатності дитини користуватися залишковим зором.

Для дослідження стану розвитку зорової уваги дитини визначено ігрові вправи: «Знайди потрібний предмет», «Розклади в дві коробки», «Розклади ложки і виделки», «Склади розрізну картинку з 2-х, 3-х, 4-х частин».

Метою спостереження є обстеження рівня зорової уваги дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина самостійно не може знайти потрібний предмет, розкласти предмети в дві коробочки, зорова увага не розвинена.

Низький рівень (1 бал) – Дитина розглядає предмети й може знайти 1-2 предмети із представлених, але назвати предмети не може. Розкладає предмети в дві коробки за допомогою дорослого. Скласти розрізну картинку не може. Увага у дитини розсіяна, їй важко концентруватися на предметі. Дитину приваблюють яскраві та великі предмети, до яких вона тягнеться. Дитина важко переключається з одного предмета на інший.

Середній рівень (2 бали) – Дитина розглядає предмети та може знайти потрібний предмет, називає предмети, розкладає предмети в дві коробки за зразком дорослого, скласти розрізну картинку не може, дрібні предмети не розглядає. Увага концентрована, мимовільна, дитина швидко переключається з одного предмета на інший.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина розглядає предмети та виконує всі запропоновані завдання, окрім складання розрізної картинки. Зорова увага довільна та концентрована. Складає картинку тільки з 2-х та 3-х частин способом накладання та за допомогою дорослого.

Високий рівень (4 бали) – Дитина розглядає предмети та виконує всі завдання, складає картинку з 2-х і 3-х 4-х частин, потребує додаткових запитань від дорослого.

Для дослідження стану розвитку зорової пам'яті дитини визначено ігрові вправи: «П'ять картинок», «П'ять предметів» (дитині пропонується п'ять адаптованих малюнків, які потрібно дитини запам'ятати і назвати, але якщо

дитина не розмовляє запропонувати запам'ятати п'ять предметів, які потім вибрати з 10 предметів).

Метою спостереження є визначення рівня розвитку зорової пам'яті.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не розглядає картинки чи предмети, зорова пам'ять не сформована.

Низький рівень (1 бал) – Дитина не дивиться малюнки, хаотично маніпулює ними, малюнки або предмети не називає, допомогу не приймає. Реакція на представлене завдання негативна або байдужа. Дитина не зацікавлена в результаті виконання завдання. Після називання дорослим усіх малюнків, дитина може показати потрібний малюнок, але згадати всі малюнки не може.

Середній рівень (2 бали) – Розглядає яскраві малюнки, але не всі може назвати. Допомогу від дорослого приймає. Дитина не зацікавлена в результаті виконання завдання. Ставлення до завдання позитивне. Дитина після представлення малюнків згадує 1-2 яскраві. Після допомоги дорослого, може назвати або вибрати більшість з-поміж інших предметів ті, які були попередньо представлені.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина уважно розглядає представлені предмети чи картинки та може після назвати чи обрати з 10 картинок чи предметів 3-4 картинки (або предмети) після декількох спроб.

Високий рівень (4 бали) – Уважно виконує завдання та розглядає запропоновані малюнки. Самостійно називає малюнки або вибирає правильно всі предмети з-поміж інших предметів, які були попередньо представлені. В результаті завдання зацікавлена частково. Після виконання завдання разом з дорослим перевіряє виконане завдання на наявність помилок.

Для дослідження стану розвитку зорово-моторної координації дитини визначено візуально-моторний гештальт-тест Л. Бендера [183] (модифікований), ігрову вправу «Подивись та знайди ляльку (машинку)», «Знайди захований предмет», «Намалюй лінії за зразком».

Метою спостереження є діагностування рівня розвитку зорово-моторної координації, способів сприймання рухомих предметів.

Відповідно, було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Зорово-моторна координація не сформована, дитина не вміє користуватися залишковим зором та не реагує на візуальні подразники.

Низький рівень (1 бал) – Зорово-моторна координація не розвинута. Дитина не утримує в полі зору предмет, не сформовані способи сприймання рухомих предметів при виконанні зорового завдання. Реагує тільки на великі та яскраві рухомі предмети. Рухи очей здійснює в горизонтальній або у вертикальній площині. Навички простежування очима за дією рук не сформовані. Стратегія огляду предметів розвинута слабо, навичок зорового обстеження предмета не має. Захований предмет знаходить за допомогою дорослого. За зразком намалювати лінії не може.

Середній рівень (2 бали) – Дитина частково простежує очима дії руки. Утримує в полі зору предмет недовгий час, рухи очей здійснює тільки у горизонтальній площині. Допомогу дорослого не приймає. Лінії намалювати не може.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина простежує очима за предметами. Утримує предмет у полі зору. Рухи очей здійснює в горизонтальній або вертикальній, або у криволінійній площині. Знаходить предмети, які заховані. Намалювати лінії за зразком не може. Допомогу дорослого приймає. У результаті виконання завдання не зацікавлена, перевіряє виконане завдання разом із дорослим.

Високий рівень (4 бали) – Дитина визначає і називає предмети. Проводить лінії від заданого початку до кінця, проводить лінії за зразком. Під час виконання завдання користується зором та рухи очей здійснює у горизонтальній, вертикальній та криволінійній площинах. Предмети оглядає повільно двома очима або оглядає предмети оком, який з корекцією бачить краще та може

визначити деталі цього предмета. Після виконаного завдання перевіряє його на помилки разом з дорослим і виправляє їх.

Для дослідження стану розвитку навичок орієнтувально-обстежувальної діяльності дитини визначено ігрові вправи: «Покажи голову, ніс...», «Що в тебе одне? Що в тебе два?», «Візьми олівець в праву руку», «Покажи рукою вперед, вправо,...», «Назви те, що знаходиться попереду, праворуч від тебе...».

Метою спостереження є визначення рівня розвитку орієнтувально-обстежувальної діяльності.

Було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Навички орієнтувально-обстежувальної діяльності не сформовані. Дитина не орієнтується у власному тілі.

Низький рівень (1 бал) – Дитина виконує завдання після багаторазового повторення. Орієнтується у власному тілі частково, може показати голову та руки тільки за допомогою дорослого. Не називає частини тіла. Повторювати відмовляється, реакція на завдання негативна. Дитина не орієнтується у поняттях «право», «ліво», не орієнтується щодо себе і щодо предмета.

Середній рівень (2 бали) – Дитина орієнтується у власному тілі, показує чи називає частини тіла, але не орієнтується щодо себе та щодо предмета.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина називає та показує частини тіла, орієнтується у власному тілі. У дитини сформовані поняття «вправо», «вліво», «вперед», «назад», «вгору», «вниз», «праворуч», «ліворуч» щодо власного тіла. Дитина приймає допомогу дорослого. За допомогою дорослого визначає поняття «попереду», «позаду», «вгорі», «внизу» щодо предмета, але за схемою дитина не орієнтується.

Високий рівень (4 бали) – Дитина виконує завдання самостійно з незначними помилками. Самостійно орієнтується та виявляє знання понять «попереду праворуч», «попереду ліворуч», «позаду праворуч», «позаду ліворуч». Самостійно орієнтується за схемою, може змодельовати просторові відносини з

геометричних фігур та показати або словесно позначити місце їх розташування. В результаті виконаного завдання зацікавлена, допомога дорослого незначна.

Для дослідження стану розвитку сприймання кольорів визначено ігрові вправи: «Знайди такий самий», «Назви кольори за картинками», «Розклади кубики за основними кольорами», «Жовта і червона коробки», «Розклади стрічки за кольорами», «Розстав фігури за кольорами», «Дай певний колір».

Метою спостереження є виявлення рівнів розвитку сприймання кольорів.

За даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не розрізняє основних кольорів, не співвідносить та не називає їх.

Низький рівень (1 бал) – Дитина виділяє жовтий колір серед двох представлених кольорів, але не називає його. Виділяє тільки жовті картинки і предмети безпомилково, інші кольори плутає, кубики не розкладає, грається ними або викидає. Допомога не ефективна.

Середній рівень (2 бали) – За допомогою дорослого після багаторазового навчання і повторення може покласти жовтий кубик на жовтий, червоний на червоний. Кольори не називає і не показує. Може покласти жовтий предмет у жовту коробку, а червоний – у червону. Дитина може покласти стрічки одна на одну, але без визначення кольору. Дати відповідний колір не може, плутає їх та дає дорослому будь-яку геометричну фігуру.

Достатній рівень (3 бали) – Розташовує кубики за кольорами, безпомилково співвідносить на дошці три кольори. Допомогу дорослого приймає, перевіряє виконане завдання і виправляє помилки. Знаходить основні кольори безпомилково, розкладає стрічки за кольорами та правильно розкладає предмети у кольорові коробки, правильно співвідносить кольори за навідними запитаннями дорослого, знає та називає основні кольори.

Високий рівень (4 бали) – Завдання виконує самостійно, розташовує всі кубики на дошці правильно, знаходить всі предмети основних кольорів, розрізняє та називає кольори правильно, розкладає стрічки за кольорами та розкладає

предмети певного кольору до коробки. Знає та називає 5 кольорів, безпомилково співвідносить їх за кольором.

Для дослідження стану розвитку уявлень про еталон форми визначено ігрові вправи: «Дошка Сегена», «Поклади геометричні фігури в коробку», «Дай квадрат, трикутник», «Знайди фігуру», «Склади геометричну фігуру з двох частин».

Метою є визначення рівня розвитку сприймання форми.

За даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не розрізняє геометричні фігури. Уявлення про еталони форми не сформовані.

Низький рівень (1 бал) – Геометричні фігури самотійно не розкладає. Дитина грається ними або розкидає. Після навчання дитина правильно співвідносить 1-2 геометричні фігури, але не називає їх. Вибирає з фігур правильно тільки коло. Геометричні фігурки у коробку з прорізами кладе за допомогою педагога, скласти геометричну фігуру з двох частин не може.

Середній рівень (2 бали) – Дитина співвідносить геометричні фігури з прорізами в коробці за допомогою дорослого, плутає назви фігур, скласти геометричну фігуру з двох частин не може.

Достатній рівень (3 бали) – Співвідносить фігури за допомогою проб та помилок, правильно співвідносить три-чотири фігури, але має труднощі в їх називанні. За допомогою дорослого співвідносить всі фігури правильно. Кладе геометричні фігури в коробку, співвідносячи з прорізами. Скласти геометричну фігуру з двох частин не може.

Високий рівень (4 бали) – Вербальну інструкцію сприймає. Завдання виконує безпомилково, називає або показує геометричну фігуру відповідної форми. Виконує всі завдання, допомога дорослого на цьому рівні незначна.

Для дослідження стану сформованості еталону величини визначено ігрові вправи: «Дай велике яблуко, дай маленьке яблуко», «Покажи, де великий, де маленький», «Поклади всі великі фігурки до коробки», «Знайди кожному

зайчику його будиночок», «Назви, які це фігури», «Склади пірамідку з двох кілець», «Склади пірамідку з трьох кілець».

Метою завдань є визначення рівня розвитку сприймання величини.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не виконує вербальну інструкцію «дай», не може показати та співвіднести предмети за величиною, не складає пірамідку, допомога неефективна на цьому рівні.

Низький рівень (1 бал) – Дитина не дає велике чи маленьке яблуко. Показати, де великий, а де маленький предмет не може, співвіднести картинки зайчика з картинкою будиночку не може. Після навчання дитина може співвіднести за величиною картинку за зразком дорослого, пірамідку скласти не може. Допомога дорослого ефективна та більша, ніж на інших рівнях.

Середній рівень (2 бали) - Дитина самостійно визначає велике і маленьке яблуко, але назвати правильно не може, на картинках визначити величину не може, кільця на пірамідку надіває за допомогою дорослого.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина дає великий та маленький предмет, показує його. Розкладає великі фігури до коробки, викладає правильно і великого, і маленького зайчика, але за допомогою додаткових запитань дорослого, пірамідку складає без врахування величини предметів.

Високий рівень (4 бали) – самостійно виконує всі запропоновані завдання, може пояснити свій вибір, з допомогою дорослого перевіряє результат виконаного завдання.

У завданнях на діагностику стану зорового функціонування необхідним є визначення інтелектуальних можливостей дитини, бо виявлення рівня сформованості сенсорних еталонів залежить не лише від зорових можливостей дитини, а тісно пов'язане з її інтелектуальними можливостями. Формування сенсорних еталонів безпосередньо залежить від сформованості таких мисленнєвих операцій, як аналіз, синтез, порівняння, узагальнення. Ці завдання

дають нам попередні уявлення про розвиток всіх видів розумових процесів, таких як сприйняття, пам'ять, формування понять, рішення завдань, уява та логіка.

Третій блок складається із завдань, які спрямовані на діагностику стану інтелектуальних можливостей. Результати вивчення даного блоку залежать від розвитку мовлення дитини. В більшості випадків у дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку відсутнє мовлення, що ускладнює процес вивчення. Тому для таких дітей було адаптовано ці вправи. Третій блок передбачає:

- визначення рівня розвитку порівняльного аналізу;
- визначення рівня розвитку навичок узагальнення;
- визначення рівня здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкові зв'язки.

Для дослідження стану розвитку порівняльного аналізу визначено такі ігрові вправи для знаходження відмінності та подібності «Два квадрати», «Квадрат і коло», «Трикутник і квадрат», «Великий і маленький м'яч», «Зайчик і кіт», «Корабель і автомобіль». Дітям, у яких відсутнє мовлення, пропонували вправи «Покажи тільки іграшки», «Покажи тільки транспорт», «Покажи подібні м'ячі», «Знайди не коло», «Підбери пару до кожного предмета», «Покажи не яблуко і не прапорець», «Покажи не квадрат і не круг», «Покажи не собаку й не kota».

Метою діагностичного блоку є виявлення особливостей мисленнєвих процесів, зокрема порівняльного аналізу.

Було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Пред'явлені малюнки та предмети не розглядає. Умови завдання не приймає. Істотні ознаки подібності та відмінності предметів не виділяє. Допомога на цьому рівні не ефективна.

Низький рівень (1 бал) – Малюнки розглядає за допомогою дорослого, може показати декілька відомих картинок іграшок чи транспорту. Однакові м'ячі знайти не може. Підібрати пару та показати не яблуко і не прапорець є складними завданнями для дитини. Допомога від дорослого не ефективна.

Середній рівень (2 бали) – Дитина розглядає малюнки самостійно, але не може показати і назвати відмінності та подібності предметів, підібрати пару та показати не яблуко і не прапорець. Дорослий показує подібні предмети, після навчання дитина може підібрати декілька предметів за подібністю, при цьому дорослий допомагає додатковими запитаннями. Зі знайомими предметами дитина працює більш продуктивно.

Достатній рівень (3 бали) – Розглядає малюнки і предмети. Виділяє тільки істотні ознаки відмінності предметів або тільки істотні ознаки подібності. Пояснити свій вибір не може. Виділяє істотні ознаки за зразком, показує іграшки та транспорт, знаходить пару та подібні м'ячі. Знайти не м'яч і не прапорець не може, показує на той предмет, який називає дорослий.

Високий рівень (4 бали) – Завдання сприймає. Виділяє самостійно істотні ознаки подібності та відмінності предметів. Виконує всі запропоновані завдання, при цьому допускає незначні помилки. Може самостійно пояснити свій вибір або тільки виконати правильно всі завдання, які сформульовані вербально, але не може назвати їх виконання.

Для дослідження стану розвитку узагальнення визначено ігрові вправи: «Покажи серед трьох предметів той, який не схожий на інші», «Покажи серед чотирьох предметів той, який не схожий на інші», «Виключи зайвий» (в цій вправі використовуються об'ємні предмети, яскраві малюнки з широким контуром без дрібних деталей).

Метою спостереження є обстеження розумових операцій: класифікація та узагальнення.

Відповідно до результатів проведення діагностичних завдань за даним показником було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не сприймає завдання. Не розглядає предмети, знайти не схожий предмет серед інших є складним завданням. Допомога не ефективна.

Низький рівень (1 бал) – Дитина не сприймає завдання, перекладає предмети з місця на місце. Показати предмет не схожий на інші не може,

допомогу дорослого приймає і після навідних запитань дорослого може визначити серед трьох предметів не схожий. Виключити зайвий предмет не може.

Середній рівень (2 бали) - Розглядає малюнки або предмети, але зайвий предмет не виділяє. Називає будь-який предмет зайвим або показує знайомі предмети, не виключивши правильно зайвий предмет. Після навчання зайвого предмета знайти не може, але може показати серед трьох предметів не схожий предмет за ознакою кольору чи величини.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина завдання сприймає. Розглядає малюнки, називає не узагальнюючі слова, а кожний окремий предмет, який входить в цю групу. Орієнтується на зовнішню неіснуючу ознаку, але узагальнити предмети не може. Тільки після повторної стимуляції знаходить правильну відповідь та виділяє четвертий зайвий предмет.

Високий рівень (4 бали) – Завдання сприймає. На основі спільних ознак правильно виділяє зайвий предмет, може пояснити свій вибір, перевіряє виконане завдання на наявність помилок разом із дорослим або тільки показує четвертий зайвий. Виконує всі запропоновані завдання.

Для дослідження стану розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкових зв'язків визначено малюнки та деталі предметів на основі методики «Послідовність подій» Н. Бернштейна [185] «Покажи, що було спочатку, а що потім» (малюнки представлені з двох, трьох та чотирьох малюнків; деталі предмета (сніговичок)), які є об'ємними та без дрібних деталей.

Метою спостереження є виявлення розвитку логічного мислення, рівня розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкових зв'язків, а також здатність описати послідовність події.

Відповідно, було виділено п'ять рівнів розвитку навичок:

Нульовий рівень (0 балів) – Дитина не приймає завдання, не розглядає картинки та деталі предметів. Допомога на цьому рівні не ефективна.

Низький рівень (1 бал) – Завдання не сприймає. Дитина маніпулює малюнками та деталями, розглядає їх та розкладає у неправильній послідовності, скласти прості речення за малюнками чи предметами не може.

Середній рівень (2 бали) - Після навчання дитина розглядає малюнки і розкладає їх у неправильній послідовності. Після додаткових питань складає прості речення. В текст речення не складає або тільки розташовує малюнки, не називаючи подію. Допомогу дорослого сприймає після навчання, результатів виконання завдання не перевіряє.

Достатній рівень (3 бали) – Дитина сприймає завдання. Розглядає малюнки та називає їх. Кожний малюнок сприймає як окрему дію, не об'єднує їх в один сюжет або розкладає малюнки послідовно, але не може скласти логічну розповідь. За допомогою додаткових запитань дитина складає розповідь. Результат виконання завдання не перевіряє.

Високий рівень (4 бали) – Дитина завдання сприймає. Розглядає малюнки і складає їх у логічній послідовності, складає логічну розповідь з незначними помилками. Виконання завдання перевіряє разом з дорослим. Або розкладає малюнки самостійно за певною послідовністю подій, але не описує малюнки через відсутність мовлення.

2.2. Організація психолого-педагогічного обстеження дітей з комплексними порушеннями розвитку

Вивчення проводилось на базі спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» для дітей з психічними та (або) фізичними обмеженнями, Центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Солом'янського району міста Києва та Центрі реабілітації молодих осіб з інвалідністю та членів їхніх сімей «Право вибору» міста Харькова. В обстеженні приймали участь 27 дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. До обстеження також були залучені діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, які не

навчаються в спеціалізованих навчальних закладах (Донецька та Київська області). Дані медичних діагнозів дітей представлені у Додатку Б.

Психолого-педагогічне вивчення проводилось у два етапи.

Перший етап дослідження мав на меті збір анамнестичних даних дитини, визначення причин й особливостей структури порушень у дитини. Проведено вивчення анамнестичних даних дитини та сім'ї за анкетуваннями та бесідами з батьками, матеріалами медичної документації, протоколів обстеження ПМПК.

Другий етап дослідження передбачав безпосереднє вивчення дітей з комплексними порушеннями розвитку і включав у себе три взаємопов'язані блоки.

Експериментальне обстеження полягало у проведенні зазначеної комплексної психолого-педагогічної методики, яка дозволила визначити рівень розвитку навичок моторної, зорової та інтелектуальної сфер дитини.

У кожній сфері були виділені основні навички, які необхідні для засвоєння та набуття нових знань, умінь та навичок. І до кожної навички відповідно підібрані та адаптовані завдання для дитини з комплексними порушеннями розвитку. До кожного завдання були розроблені критерії оцінювання, які були побудовані від простішого до складнішого.

Нами була розроблена бальна оцінка результатів обстеження з урахуванням вираженості порушень. Кожне завдання оцінювалося за 4-бальною шкалою. Нульовий рівень відповідає 0 балів (нижче рангу оціночного параметру), низький рівень відповідає 1 балу (для нижчого рангу оціночного параметру), середній рівень відповідає 2 балам, достатній рівень відповідає 3 балам та високий рівень відповідає 4 балам. Рівень сформованості моторної, зорової чи інтелектуальної сфери вираховувався за значеннями усіх показників для кожного діагностичного критерію відповідно. Ми не вбачаємо доцільність у визначенні загального рівня розвитку за усіма трьома виділеними сферами, оскільки результати дослідження кожної з них в окремої дитини можуть значно відрізнятися між собою. Наприклад, дитина демонструє низькі показники розвитку моторної сфери при відносно добрих показниках зорової та інтелектуальної сфери.

З огляду на нерівномірність розвитку даної категорії дітей для визначення ефективності запропонованої методики з організації індивідуального навчання у майбутньому доцільним буде спиратися на загальні показники, які можна використовувати для оцінки результатів успішності, або безуспішності корекційно-виховної роботи:

- прийняття допомоги (повністю приймає допомогу, часткове прийняття допомоги, допомогу не приймає, не усвідомлює);
- здатність працювати за зразком (повністю працює за зразком, частково працює за зразком, за зразком не працює);
- ступінь самостійності виконання завдання (всі завдання виконує самостійно, часткове виконання завдань, виконання завдання тільки разом із дорослим);
- постійне стимулювання виконання завдання (не потребує стимулювання виконання завдання, потребує часткового стимулювання при виконання завдання, потребує постійного стимулювання);
- якість самоконтролю при виконанні завдання (самостійно контролює свої дії, частково контролює дії, нецілеспрямовані дії);
- виконання завдання за вербальною інструкцією (інструкцію розуміє та усвідомлює повністю, часткове розуміння інструкції, не розуміння та не усвідомлення інструкції).

Отримані результати за цими критеріями будуть інтегровані у визначення рівнів функціонування дітей.

Так, для дітей, які перебувають на нульовому рівні функціонування характерне:

- неприйняття допомоги та неусвідомлення допомоги;
- виконання завдань тільки за допомогою дорослого («пасивне» виконання завдання);
- невиконання завдання за зразком;
- постійне стимулювання виконання завдання;
- відсутність самоконтролю;

- не розуміння та не усвідомлення вербальної, наочної інструкцій.

Для на низького рівня функціонування характерне:

- прийняття допомоги, але неможливість перенести її на іншу ситуацію;
- невиконання завдання за зразком;
- постійне стимулювання виконання завдання;
- відсутність або низький рівень самоконтролю;
- нерозуміння та не усвідомлення вербальної, наочної інструкцій.

Для середнього рівня функціонування характерне:

- прийняття допомоги;
- виконання за зразком;
- частковий самоконтроль дитини за виконанням завдання;
- розуміння і сприймання інструкцій.

Для достатнього рівня функціонування характерне:

- прийняття допомоги;
- орієнтування на додаткові запитання дорослого та самостійне виправлення помилки;
- виконання за зразком;
- розуміння та сприймання інструкції.

Для дітей, які перебували на високому рівні функціонування характерні високі критерії.

Ці показники в подальшому дозволили диференціювати дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку на три групи, про що йтиметься у розділі 2.3.

Було проведено діагностування кожної дитини окремо та анкетування батьків, а після результати діагностування навчальних можливостей дитини були доповнені за спеціально розробленим опитувальником. Опитувальник і анкета представлені у Додатках В і Д. До складу опитувальника входить перелік навичок за кожною зі сфер, здатність виконати які, свідчить про стан розвитку опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. Опитувальник може бути використаний педагогами, вихователями, батьками, опікунами.

Опитувальник орієнтований на батьків та педагогів, де через спостереження за діяльністю дитини, відмічають, що дитина вміє, а що ні. Він діагностує лише наявність або відсутність певної навички або новоутворення.

Опитувальник побудований за принципом сформованості ряду навичок з певною послідовністю їх формування, тобто від найпростішого рівня сформованості навички до найскладнішого. Таким чином, ми можемо визначити, які навички сформовані, а які навички нам потрібно формувати.

2.3. Результати психолого-педагогічного обстеження дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями розвитку

Результати обстеження дітей з допомогою комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики представлені у формі кількісного та якісного аналізу.

Якісний аналіз передбачав обробку кейзів окремо кожної дитини, де висвітлювалися особливості психофізичного розвитку дитини. Кількісний аналіз передбачав статистичну обробку отриманих результатів й виведення рівнів розвитку кожної сфери.

У таблиці Додатку Ж у загальному вигляді представлено стан розвитку діагностованих навичок моторної сфери. Результати діагностування стану розвитку моторної сфери кожної дитини подані у Додатку З.

Провівши обстеження дітей з комплексними порушеннями розвитку, ми виявили такі *спільні риси розвитку* моторної сфери дітей, рухові діагнози яких описані у Додатку Б.

У більшості дітей **стан розвитку хапальних рухів** перебуває на низькому рівні.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 11,11% дітей. У них спостерігається спастичність м'язів або гіпотонія. Діти не рухають руками, не захоплюють предмети, їх руки залишаються нерухомими і лежать там, де їх поклали.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 44,44% дітей. Діти мало рухають руками, предмети не захоплюють через надмірну спастичність або гіпотонію м'язів. Працюють тільки за допомогою дорослого.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 22,22% дітей. Через надмірну спастичку 18% дітей виконує багато зайвих рухів (відкриває рот, піднімає голову, хаотично рухає руками та ногами), 4% дітей не можуть схопити предмет, оскільки для цього недостатньо розтискається рука, спостерігаються гіперкінези, долоні стиснуті в кулаки і захоплення предмета відбувається за допомогою притискання його до тіла або до столу (Олександр К.). Іноді у хапанні предмета бере участь тільки провідна рука, а слабша залишається пасивною. Дитина робить пінцетне хапання великим і вказівним пальцем, але предмет вислизає з руки. Хапання предмета проводить провідною рукою, а слабшою притискає до тіла. Не може схопити предмет через надмірну розслабленість м'язів (гіпотонію) (Олександр П.). Або через аутоагресію дитина не може довго утримувати предмет, бо постійно намагається вдарити себе (Михайло Ф.). Через описані вище причини дитина не може самостійно утримувати предмет в руках, випускає його, утримує тільки за допомогою дорослого. Деякі діти хапають предмети великого розміру і тільки з вип'яченими елементами (Микита Д., Артем С.), а м'ячик схопити не можуть.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 22,22% дітей. У деяких дітей під час хапання предмета спостерігаються тремтіння на слабшій руці, але предмет дитина утримує. Великі предмети хапає обома руками, при цьому слабша рука розкривається не повністю, а маленькі предмети хапає тільки збереженою. Предмети хапає тільки збереженою рукою, використовуючи при цьому різні способи хапання, а слабша рука залишається напруженою або розслабленою (9%), дві руки роблять повільне хапання предмета, але не піднімають його, спостерігаються слабкі м'язові зусилля (2%).

У дітей з комплексними порушеннями високого рівня розвитку хапальних рухів не спостерігаємо. Це пов'язано з тим, що більшість дітей має первинне порушення у формі спастичного тетрапарезу, спастичної диплегії,

лівостороннього чи правостороннього геміпарезу, спастичного трипарезу, дискінетичної форми.

Стан розвитку рухових можливостей у більшості дітей відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 11,11% дітей. Діти даного рівня не рухають руками, не можуть підняти руки вгору чи зігнути руки у ліктях через надмірну спастичу та гіперкінези. Руки у дитини затиснуті в кулачки. Дорослий не може зігнути руку дитини через надмірну спастичу.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 37,04% дітей. Діти намагаються виконати завдання, але довільні рухи викликають утруднення та напруження, тому у дитини з'являється сильна спастика. Збережена рука працює добре, а рухи ураженої руки обмежені через тяжкість порушення опорно-рухового апарату.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 29,63% дітей. Це пов'язано насамперед з порушенням опорно-рухового апарату. У 21% дітей спостерігається спастична форма ДЦП. У них працює збережена рука, а слабша рука залишається пасивною. У 8% дітей спостерігається спастичність обох рук, а обидві руки затиснуті в кулачки і вони рухають повністю всією рукою, і тільки в однієї дитини (Олександра П.) спостерігається гіпотонія м'язів.

Багато дітей роблять зайві рухи, які перешкоджають подальшим контрольованим діям. Також, у 8% дітей спостерігаємо гіперкінези та вивертання всього тіла після спроб зловити м'яч чи взяти предмет. У 21% дітей спостерігаються глибокі порушення зору (часткова атрофія зорового нерву, відшарування сітківки, амавроз), тому через обмеження візуальної інформації та візуального зразка вони не маніпулюють предметами і не засвоюють дії за зразком. І тільки у однієї дитини (Дмитро Б.) в сім'ї спостерігається гіперопіка з боків батьків, що знижує рівень розвитку рухових можливостей дитини.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 22,22% дітей. Це пояснюється тим, що у багатьох дітей рухи збереженої руки є близькими

до фізіологічно природніх. Діти працюють всією збереженою рукою, практично вільно її розгинають, згинають, піднімають та опускають. А рухи ураженою рукою менш природні, слабо скоординовані та менш об'ємні.

Жодної дитини з високим рівнем стану рухових можливостей не відмічено.

Стан розвитку м'язових зусиль у більшості дітей відповідав середньому рівню – 40,74%.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 14,81% дітей. У дітей даного рівня спостерігається не контрольованість м'язового тону, яка призводить до гіперкінезів, мимовільних рухів руками та всім тілом. Є діти, які не рухають руками і залишаються в тому ж положенні, в якому їх залишили (Марта С., Євгенія М.).

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 22,22% дітей. У 20% дітей спостерігався патологічний м'язовий тонус, м'язи були дуже тугими (спастичними), а через це кінцівки у дитини знаходилися у незвичному положенні, зокрема спастичні м'язи рук спричиняли до перехрещення та вивертання рук, що в свою чергу впливало на виконання завдання. А ще були діти, у яких спостерігалися надмірно розслаблені м'язи (гіпотонічні) (Дмитро Б., Олександр П.), їх м'язи кінцівок і тулуба в'ялі, слабкі, а обсяг пасивних рухів є набагато більшим від нормального. Також, потрібно відмітити дітей, у яких спостерігалася дистонія, коли м'язовий тонус є непостійним та мінливим, - в стані спокою м'язи розслаблені, при спробі виконувати рух тонус різко зростає, що в окремих випадках унеможливорює цей процес (Максим І.).

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 40,74% дітей. Більшість дітей докладали м'язових зусиль більше збереженою рукою, ніж слабкою, діти ловили м'яч, але відкинути його самостійно не могли, м'яч кидали тільки за допомогою дорослого. Це можна пояснити тим, що переважно більша кількість дітей з порушенням опорно-рухового апарату використовують одну руку (праву чи ліву). Це вказує на слабкість чи патологічний м'язовий тонус однієї сторони. Більшість дітей сидять у спеціалізованих стільцях для фіксації тулуба, що зменшує можливість використання рук.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 22,22% дітей. М'язові зусилля дітей даного рівня є достатніми для виконання простих завдань. Вони розгортають цукерки, відкривають коробки, але в більшості ці завдання виконують однією рукою, збереженою. Завдання, де потрібні м'язові зусилля обох рук, дітям даного рівня дають складно. Діти виконують складні завдання за допомогою дорослого.

У жодної дитини не було виявлено високого рівня стану розвитку м'язових зусиль. Це пов'язане з тим, що більшість дітей з комплексними порушеннями розвитку працюють збереженою рукою, що в подальшому призводить до часткової атрофії слабшої руки.

Стан розвитку кисті рук у більшості дітей відповідає середньому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 11,11% дітей. Діти даного рівня самостійно не рухають руками, активності кисті рук не спостерігається. В більшості випадків на це впливає гіпертонус м'язів дитини, коли дитина не може зігнути чи розігнути кисті рук у зап'ястку. У однієї дитини (Марти С.) практично не розвинуті обертання кисті рук.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 18,52% дітей. Це пов'язано з порушеннями опорно-рухового апарату, а також зі спастичністю, гіпотонією та дистонією м'язового тону. Навички розгинання та згинання рук розвинуті недостатньо. Діти не можуть взяти кульки та покласти їх у коробочку через те, що мають спастичність рук або гіпотонію рук (Дмитро Б., Олександр П.). Статичну рівновагу у вертикальному та горизонтальному положеннях діти на низькому рівні не утримують.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 37,04% дітей. Більшість дітей даного рівня мають спастичну форму опорно-рухового порушення. Діти збереженою рукою намагаються виконати завдання, а слабка рука залишається пасивною. Статичну рівновагу діти утримують короткочасно тільки збереженою рукою.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 29,63% дітей. 20% дітей беруть кульки збереженою рукою та складають у коробочку.

Згинання, розгинання та обертання кисті рук на збереженій руці розвинуті достатньо, а на слабшій руці ці функції уражені. Також, є діти (9%), у яких згинання, розгинання та обертання кисті рук розвинуті недостатньо, але вони працюють повільно двома руками.

Рівень сформованості навичок за даним показником є високим у 3,7% дітей. Стан розвитку кисті рук відповідав високому рівню тільки у деяких дітей з комплексними порушеннями розвитку. Це пов'язано з тим, що більшість дітей мають тяжкі ураження опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. В однієї дитини (Артем С.) достатньо розвинуті навички згинання та розгинання кисті рук, але обертання розвинуте недостатньо. Дитина виконала всі запропоновані завдання.

Стан розвитку диференційованих рухів пальців у більшості дітей відповідає нульовому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 62,96% дітей. Через те, що рухи пальців різко обмежені, обидві руки зведені до долоні, протиставлення великого пальця не має, а розведення і зведення пальців недостатнє, 39% дітей не можуть самостійно стиснути та розвести кулачки або звести кулачки через гіпотонію м'язів (Олександр П., Олександр С.). Завдання з наслідувальних рухів для цих дітей є дуже складним. При допомозі дорослого виконати завдання у 13% дітей при з'єднанні пальців відмічається різке їх змикання, при роз'єднанні – пальці повертаються у вихідне положення, тобто статичну рівновагу при розведенні та зведенні пальців не утримують.

І тільки у однієї дитини (Олександр С.) спостерігаємо низький рівень сформованості даної навички. За допомогою дорослого дитина стискає кулак, розводить і зводить пальці, статичну рівновагу утримує з труднощами.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 25,93%.

Діти з невеликою допомогою можуть стиснути руки в кулачки. Пальці виділити самостійно не можуть, один палець виокремити не можуть. Діти не наслідують рухи дорослого через глибоке порушення зору. Більшість дітей не

сприймають завдання, потребують тільки допомоги. Уражена рука залишається пасивною.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 7,4% дітей. У деяких дітей з комплексними порушеннями розвитку стан розвитку диференційованих рухів пальців відповідає достатньому рівню. Артем С. та Ярослав С. працювали збереженою рукою, на якій диференційовані рухи пальців розвинуті достатньо, а на слабшій руці роз'єднували пальці з труднощами, статичну рівновагу утримували збереженою рукою, а на слабшій з труднощами. Також одним із складних завдань для дітей з комплексними порушеннями розвитку є «покажи пальчик». Для дітей такої категорії є складним показати будь-який палець на руці, особливо безіменний та середній пальці. Діти виділяють по декілька пальців або й усі одразу.

Рівень сформованості даного показником є достатнім у 7,4% дітей. Діти виконували завдання за зразком та допомогою дорослого, при розведенні пальців статичну рівновагу утримували. Могли показати вказівним пальчиком будь-яку картинку, але спостерігалися труднощі із виділенням мізинця.

У жодної дитини не було виявлено високого рівня стану розвитку диференційованих рухів рук.

Стан розвитку узгодженості рухів рук у більшості дітей відповідає середньому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 3,7% дітей. Марта С. не рухає руками. Після постійної стимуляції дорослого повільно рухає збереженою рукою, уражена рука залишається пасивною. На це впливають тяжкість первинних порушень психофізичного розвитку.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 33,33% дітей. Така функція, як узгодженість рук у 21% дітей не розвинута. Діти не беруть предмет обома руками, утримують його з труднощами. М'яч ловлять однією рукою або притискають кулачками до себе. Під час виконання завдань на узгодженість рухів спостерігається обмеженість та неспроможність виконати довільні рухи. У 12% дітей спостерігається тремтіння рук і посилюється

спастичність при виконанні цілеспрямованих рухів. У деяких дітей спостерігається атаксія, яка перешкоджає працювати обома руками. У Олександра К. відмічається нестійке положенням тулуба через те, що він не може стояти та сидіти без підтримки або відмічається нестійкість ходи. Порушення координації рухів впливають на виконання рухових дій та узгодженість рухів у руховій дії.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 40,74% дітей. Діти (26%) ловлять м'яч збереженою рукою, притискуючи його до себе, а на більш ураженій руці спостерігаються тремтіння, які супроводжуються тремтінням в м'язах шиї, голови, артикуляційного апарату, різних відділів кінцівок і тулуба. Діти (17%) ловлять м'яч збереженою рукою, а більш слабка рука при цьому допомагає притискувати м'яч, щоб його утримувати.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 14,81% дітей. Діти даного рівня добре працюють збереженою рукою, а уражена рука допомагає утримувати предмети. Піднімають руки вгору, уражену руку нижче, ніж збережену. Кульку ловлять обома руками, а відштовхують тільки збереженою.

Рівень сформованості навичок за даним показником є високим у 7,4% дітей. У Віталіка Д. та Володимира Д. спостерігаються узгоджені рухи рук. Обидві руки працюють в однаковій мірі. Хлопці виконали всі завдання, тільки різати ножицями можуть з невеликою допомогою дорослого.

Стан розвитку наслідувальних рухів рук у більшості дітей відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 22,22% дітей. Діти не рухали руками, не могли наслідувати рухи дорослого або через тяжке порушення опорно-рухового апарату чи глибоке порушення зору.

Рівень сформованості даного показником є низьким у 55,55% дітей. Дітям з комплексними порушеннями дуже важко даються вправи на наслідування. У 45% дітей наслідувальні рухи взагалі не розвинуті. Це пояснюється тяжким порушенням опорно-рухового апарату, а також викривленим візуальним

сприйманням через порушення зору. Наприклад, Дмитро А. після багаторазового повторення за допомогою дорослого може стиснути кулак, але положення руки утримати не може.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 11,11% дітей. Діти самостійно можуть зібрати руки в кулак або розвести пальці. Рухи збереженої руки більше відповідають зразку, а слабша рука є пасивною.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатній у 11,11% дітей. У дітей наслідувальні рухи частково відповідають зразку, вони приймають навчання та допомогу дорослого при показі або демонстрації зразку.

У жодної дитини не було виявлено високого рівня стану розвитку наслідувальних рухів.

Стан розвитку ритмічності рухів рук переважно відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 11,11% дітей. Через те, що рівень рухової активності відповідає нульовому, діти з тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату не виконують завдання з ритмічності рухів.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 55,55% дітей. У дітей з комплексними порушеннями розвитку ритмічність рухів не розвинута. Дитина бере кульки збереженою рукою, але в певній ритмічності покласти їх до коробочки не може, через порушення зорового аналізатору дитині необхідно більше часу на пошук коробочки та складання кульок до неї. Плеснути в долоні самостійно не може.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 18,52% дітей. Діти дотримуються певного ритму тільки за допомогою дорослого. Плескати самостійно з дотриманням певного ритму діти не можуть. Складають кульки в коробочку разом з дорослим, рахуючи та дотримуючись заданого ритму.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 14,81% дітей. Стан розвитку ритмічності рухів відповідає достатньому рівню у невеликій кількості дітей. Діти (13%) мають не тяжкі порушення зору та опорно-рухового

апарату та працюють за зразком та вербальними підказками. Діти кладуть кульки до коробки під рахунок, плескають в долоні за допомогою дорослого в певній ритмічності.

Стан розвитку ритмічності рухів високого рівня у дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору не спостерігаємо.

Стан розвитку предметно-практичних дій у більшості дітей відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 3,7% дітей. Через тяжкість порушень опорно-рухового апарату, інтелекту та зору у Марти С. спостерігаємо несформованість предметно-практичних дій.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 48,15% дітей. Це пояснюється тим, що 39% дітей мають тяжкі рухові порушення, порушення зору та інтелекту, що в свою чергу впливає на розвиток предметно-практичної діяльності. Зменшена кількість подразників через тяжкість первинних порушень збіднює предметно-практичну діяльність та ознайомлення із навколишнім світом. Ці діти можуть покласти предмети, покотити м'яч тільки за допомогою дорослого, але пересипати чи перелити, скласти одяг є складними завданнями для них. 7% дітей мають гіперчутливість, яка обмежує обстеження навколишньої дійсності, а в подальшому збіднює досвід дитини у маніпулятивних діях з предметами.

Рівень сформованості моторної сфери за даним показником є середнім у 25,93% дітей. Для розвитку предметно-практичних дій необхідно дитині наочно-образно мислити, а не користуватися асоціативним мисленням. Але спостерігаємо більше не предметно-практичні дії, а маніпулятивну діяльність. І тільки за допомогою дорослого дитина може скласти одяг чи перелити воду з однієї посудини в іншу.

Високий рівень стану розвитку предметно-практичних дій у дітей з комплексними порушеннями розвитку не виявлено.

Визначення провідної руки є складним етапом у діагностиці дітей з комплексними порушеннями розвитку, особливо, якщо дитина не рухає обома

руками (Марта С.). У більшості дітей (Михайло Ф., Дмитро А., Анастасія В., Володимир М., Дмитро Б., Олександр К., Марта С., Софія Б., Ольга В., Максим І., Євгеній М., Олександр П., Олександр С., Максим В.) права рука є провідною. Але є діти (Артем С., Ярослав С., Олександр С., Марія В., Анастасія П., Мар'яна Б., Меланія О.), провідна рука яких – ліва. У дітей з комплексними порушеннями розвитку більш збережена рука стає провідною.

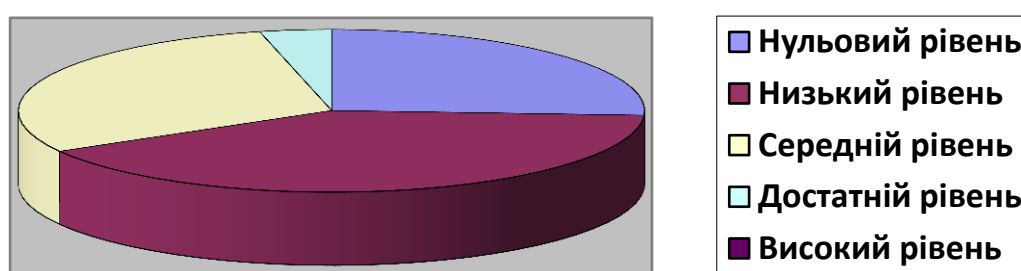


Рис 2.1. Стан розвитку моторики у дітей з комплексними порушеннями

На Рис. 2.1. у вигляді кругової діаграми представлено розподіл дітей за рівнями розвитку моторної сфери.

Результати діагностики стану моторики та дрібної моторики демонструють необхідність корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають комплексні порушення розвитку. Вона має включати зі спеціально підібрані та адаптовані вправи, ігри, прийоми для розвитку дрібної та загальної моторики, які мають бути використані під час навчально-виховного процесу індивідуального корекційного супроводу кожної дитини.

У таблиці Додатку К у загальному вигляді представлено стан розвитку вивчених навичок зорової сфери. Результати діагностування стану розвитку зорових можливостей кожної дитини подані у Додатку Л.

Стан розвитку зорової уваги у більшості дітей відповідав низькому та достатньому рівням.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 7,4% дітей.

Діти даного рівня мають глибокі порушення зору або не вміють користуватися залишковим зором. Представлені предмети не розглядають, внаслідок цього не можуть розкласти їх у дві коробочки.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 37,04% дітей. Більшість дітей знаходять представлені предмети, але назвати їх не можуть, предмети в дві коробки складають за допомогою дорослого, увага у дітей розсіяна. Дітям даного рівня важко сконцентруватися на предметі, особливо тим, у кого є глибокі порушення зору. Діти важко переключаються з одного предмета на інший, застрягають на одному предметі.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 18,52% дітей. Діти даного рівня мають залишковий зір, розглядають представлені предмети, але обрати потрібний не можуть. За зразком можуть розкласти предмети в дві коробочки, але потребують постійної стимуляції та допомоги дорослого. Діти швидко переключаються з одного предмета на інший, увага концентрована, але об'єм невеликий.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 37,04% дітей. Діти уважно розглядають кожен предмет, розкладають предмети в дві коробки за зразком дорослого, розрізну картинку скласти не можуть. Діти швидко переключаються з одного предмета до іншого, переважає довільна увага.

Рівень сформованості навичок за даним показником високого рівня у дітей з комплексними порушеннями розвитку не виявлено. Дітям з комплексними порушеннями розвитку дуже складно даються завдання зі складання розрізних картинок.

Стан розвитку зорової пам'яті у більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку відповідає низькому та середньому рівням.

Зокрема стан розвитку зорової пам'яті є нульовим у 11,11% дітей. Діти даного рівня мають глибокі порушення зору. Вони не розглядають представлені картинки чи предмети. Зорова пам'ять у таких дітей не сформована.

Низький рівень був діагностований у 33,33% дітей. Діти (10%) мають часткову атрофію зорового нерву, частковий амовріз обох очей, ретинопатія II, III, V рівнів, відшарування сітківки (цим дітям були запропоновані предмети для запам'ятовування). Інші 13% дітей не вміють користуватися своїм залишковим зором. Їх поведінка агресивна, довільна увага не розвинена. Вони не відтворюють подані малюнки чи запропоновані предмети, хаотично перебирають представлені предмети. Діти даного рівня мають глибокі порушення зору та інтелекту. Перебирають представлені предмети, але не називають їх через те, що мають тяжкі порушення мовлення або відсутнє мовлення. Також, на запам'ятовування представлених предметів впливає розумова відсталість легкого та помірного ступенів, що ускладнює процес запам'ятовування предметів чи малюнків.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 33,33% дітей. Діти даного рівня розглядають представлені малюнки, називають тільки знайомі та яскраві. Або вибирають серед представлених предметів 1-2 предмети, які були представлені попередньо, якщо у дитини мовлення відсутнє.

Достатній рівень зорової пам'яті виявлено у 22,22% дітей. Це діти, які мають неглибокі порушення зору (гіперметропію, міопію, збіжну чи розбіжну косоокість) та згадують декілька яскравих малюнків, які можуть назвати або, якщо мають тяжкі порушення мовлення, показати серед інших малюнків. А також, в цю групу відносимо дітей, у яких збережено кольоророзрізнення, та тих, які можуть показати серед інших малюнків один чи два яскравих малюнки. Діти за допомогою додаткових питань дорослого відтворюють всі предмети або малюнки чи знаходять ці малюнки серед інших, якщо мають тяжкі порушення мовлення.

Високого рівня не виявлено. Це пов'язане з тим, що діти окрім зорового порушення, мають ще й інтелектуальне порушення, що накладає свій відбиток і ускладнює вторинні відхилення.

Діагностування дітей з комплексними порушеннями, які мають супутні порушення, зокрема відсутність мовлення, значно ускладнюється.

Стан розвитку зорово-моторної координації у невеликої кількості дітей відповідає достатньому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 7,4% дітей. Діти даного рівня мають глибокі порушення зору. Діти із залишковим зором мають несформовану зорово-моторну координацію, бо не вміють користуватися залишковим зором.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 40,74% дітей. У дітей з глибокими порушеннями зору зорово-моторна координація не сформована, не сформовані способи сприймання рухомих предметів, тому вони не можуть утримувати в полі зору зоровий стимул при виконанні зорового завдання. Є діти, які не тримають голову або не вміють користуватися зором (Олександр С.), то саме такі діти мають низький рівень стану розвитку зорово-моторної координації. Діти сприймають рухи перед очима та рухи великих яскравих іграшок. Рухи очей здійснюють в горизонтальній площині.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 7,4% дітей. Діти розглядають представлені предмети та знаходять безпомилково машинку чи ляльку, утримують предмет у полі зору. Навичка простежувати очима за дією рук сформована частково.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 44,44% дітей. Діти здійснюють рухи очей у горизонтальній, вертикальній та криволінійній площинах. Безпомилково знаходять запропоновані предмети. Лінії за разком малюють з помилками. Допомогу приймають.

Високого рівня зорово-моторної координації не спостерігаємо. Це пов'язано з тим, що більшість дітей з комплексними порушеннями мають низький рівень графо-моторних навичок, не можуть провести лінії від початку до кінця, за зразком, з'єднувати точки прямою лінією, виконати графічні завдання. На це впливає неможливість самостійно утримувати фломастер у руці через порушення

опорно-рухового апарату, частковий зв'язок руки та очей через порушення зору, а також вплив інтелектуального порушення на розвиток графо-моторних навичок.

Стан рівня розвитку навичок орієнтувально-обстежувальної діяльності
у більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості зорових навичок за даним показником є нульовим у 3,7% дітей. Марта С. має тяжке порушення опорно-рухового апарату та помірну розумову відсталість. Залишковим зором користуватися не може. Дитина не орієнтується у власному тілі.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 62,96% дітей. Діти даного рівня частково орієнтуються у власному тілі. Можуть показати голову чи руки. Не називають частини тіла. Можуть підняти голову або руки, але при постійній стимуляції.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 7,4% дітей. Діти добре орієнтуються у власному тілі. Можуть показати частини тіла чи назвати їх. Поняття «праворуч» та «ліворуч» є несформованими. Діти недостатньо усвідомлюють частини свого тіла, положення власного тіла в просторі, що в подальшому призводить до утруднення орієнтування відносно власного «Я».

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 25,93% дітей. Діти орієнтуються у власному тілі, а також називають або показують, що лежить праворуч або ліворуч, тобто визначають просторове положення частин тіла щодо себе. Але більшість дітей не розуміють понять «вперед», «назад», «вгору», «вниз» та не орієнтуються в цих поняттях щодо себе, а також не виявляють знання понять праворуч, ліворуч щодо предмета чи іншої людини. Це пов'язане з тим, що більшість дітей мають глибокі порушення зору, а також тяжкі порушення опорно-рухового апарату, які обмежують руховий досвід, в них порушується сприймання, довільна регуляція рухів та не формується повноцінне уявлення про них.

Високий рівень сформованості орієнтувально-обстежувальної діяльності не виявлено.

Стан розвитку сприймання кольорів у більшості дітей відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 25,93% дітей. Через глибокі порушення зору чи несформованість користування залишковим зором діти не розрізняють основних кольорів, не співвідносять і не називають їх. На це впливає й інтелектуальне порушення.

Рівень сформованості зорових навичок за даним показником є низьким у 51,85% дітей. Діти не розрізняють основних кольорів через глибокі порушення зору. Через порушення інтелекту 30% дітей властиве велике відставання у темпах розвитку сприймання, уповільнений темп розвитку. У них відбувається порушення поєднання сприймання кольору із його назвою, що затримує формування уявлень про навколишній предметний світ. Через порушення інтелекту дитина не відокремлює властивість від предмета, вона бачить їх разом з предметом та вважає їх неподільними. Діти низького рівня співвідносять декілька кольорів, але не називають їх.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 22,22% дітей. Вони приймають допомогу дорослого та розташовують кубики на дошці за кольорами, але після багаторазового повторення. За кольорами розкладають предмети у червону і жовту коробочки. Плутають фігуру з певним кольором, демонструють нерозуміння властивостей предмета.

У жодної дитини з комплексними порушеннями розвитку достатнього чи високого рівня сприймання кольорів не виявлено через тяжкість порушення зору та інтелекту.

Стан розвитку уявлень про еталон форми у більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості зорової сфери за даним показником є нульовим у 25,93% дітей. Діти через тяжкі порушення опорно-рухового апарату та глибоке порушення зору та інтелекту не розрізняють геометричних фігур. Вони не можуть їх схопити через свастику, або хапають і розкидають їх.

Низький рівень виявлено у 51,85% дітей. Діти розкидають геометричні фігури, не співвідносять їх та не називають або не показують. Допомогу дорослого не приймають, з двох фігур вибрати одну не можуть. Це пов'язане з порушеннями опорно-рухового апарату та зору. Такі діти відчують труднощі у словесному позначенні геометричних фігур, спосіб роботи – переважно хаотичний та безплановий, в результаті продуктивність виконання завдання різко знижена. Деякі діти (Марія В., Максим В.) за допомогою дорослого співвідносять фігурки, але, через мовленнєве порушення, не можуть назвати їх.

Середній рівень діагностовано у 18,52% дітей. Діти тактильно та візуально розглядають геометричні фігури та називають їх, але співвіднести з отворами не можуть через спастичність рук. Діти співвідносять три-чотири фігури за допомогою проб та помилок за допомогою дорослого.

Рівень сформованості навичок за даним показником є достатнім у 3,7% дітей. Микита Д. має тяжке порушення опорно-рухового апарату, але не має зорового порушення. Дитина співвідносить фігури збереженою рукою за допомогою проб та помилок, називає фігури з деякими помилками, скласти фігуру з двох частин самостійно не може через порушення узгодженості рук.

У жодної дитини з комплексними порушеннями розвитку високого рівня розвитку уявлень про еталон форми не спостерігаємо.

Стан сформованості сенсорного еталону величини у дітей з комплексними порушеннями розвитку відповідає низькому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 22,22% дітей. Діти не показують та не співвідносять предмети за величиною. На це впливають глибокі порушення зору та інтелекту. Пірамідку діти не можуть скласти, допомога на цьому рівні неефективна.

Рівень сформованості навичок за даним показником є низьким у 37,04% дітей. Є діти з низьким рівнем стану сформованості сенсорного еталону величини, які через спастичність рук не можуть показати велику та маленьку іграшку, не можуть захопити іграшку та співвіднести її за розміром з іншою іграшкою, а також не можуть пояснити, якого розміру іграшка, через відсутність мовлення.

Рівень сформованості навичок за даним показником є середнім у 40,74% дітей. Більшість з них визначають правильність розмірів у завданнях з предметами, а не на картинках. Діти, які мають тяжке порушення мовлення, показують велику та маленьку іграшку, за допомогою дорослого можуть співвіднести предмети за розміром, але пояснити самостійно не можуть. Пірамідку складають за допомогою дорослого.

Достатнього та високого рівнів стану сформованості сенсорного еталону величини у дітей з комплексними порушеннями розвитку не спостерігаємо.

На Рис. 2.2. у вигляді кругової діаграми представлено розподіл дітей за рівнями розвитку зорового сприймання.

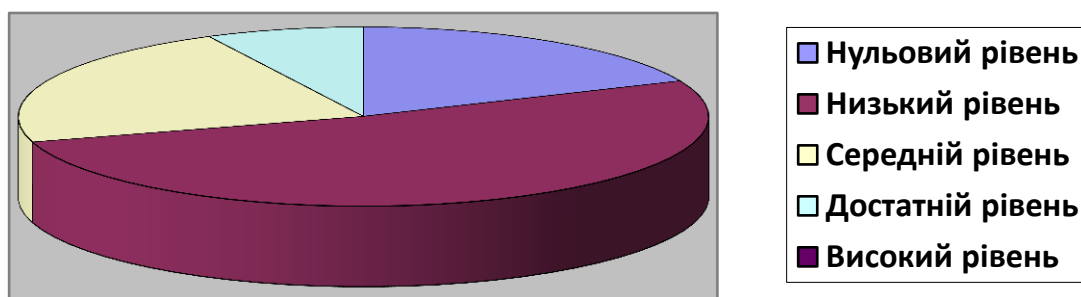


Рис.2.2. Стан розвитку зорового сприймання у дітей з комплексними порушеннями

За результатами другого блоку, який спрямований на діагностику стану зорового функціонування, можемо виділити необхідність корекційної роботи з розвитку зорового сприймання та зорово-тактильної чутливості дітей, а також підбору наочності відповідно до вивчених можливостей кожної дитини.

У таблиці Додатку М у загальному вигляді представлено стан розвитку інтелектуальних можливостей дітей, які брали участь у дослідженні. Результати діагностування стану розвитку можливостей кожної дитини подані у Додатку Н.

Стан розвитку порівняльного аналізу у більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку відповідає нульовому рівню.

Рівень сформованості навичок за даним показником є нульовим у 77,77% дітей. Більшість дітей не можуть проаналізувати ряд важливих властивостей. У результаті їм важко визначити зв'язки між частинами предмета. Взагалі, діти встановлюють зорові властивості об'єктів, як величину, колір. Але діти даного рівня мають глибокі порушення зору та інтелекту, що ускладнює виділення загальних властивостей предметів, а не їх індивідуальних ознак.

Діти не розуміють вербальну інструкцію, малюнки чи предмети, які були пред'явлені, діти не розглядають їх. Істотних ознак подібності та розбіжності предметів не можуть виділити. 22% дітей мають тяжкі порушення мовлення, або відсутність мовлення, та не можуть пояснити та виділити істотні ознаки подібності та розбіжності понять.

Рівень сформованості порівняльного аналізу є низьким у 7,4% дітей. Діти розглядають малюнки та показують декілька відомих картинок, але порівняти не можуть. Підібрати пару не можуть.

Середній рівень діагностовано у 14,82% дітей. Самостійно діти не можуть підібрати пару та назвати подібності і відмінності предметів, але після навчання діти можуть знайти пару за додатковими запитаннями дорослого. Це діти, які мають неглибокі порушення зору та інтелекту. Діти можуть визначити істотні ознаки розбіжності, мають схильність до конкретного мислення. Допомогу від дорослого приймають та з його допомогою знаходять істотні ознаки схожості предметів.

Достатнього та високого рівнів розвитку порівняльного аналізу у жодної дитини виявлено не було.

Стан розвитку узагальнення у більшості дітей відповідає нульовому рівню.

Рівень сформованості інтелектуальних можливостей за даним показником є нульовим у 74,04% дітей. Діти маніпулюють картинками чи предметами, не розуміють інструкцію та не можуть зробити узагальнення та виділити зайвий

предмет. Ці діти мають помірну та легку розумову відсталість, що обумовлює недорозвинення основних мисленневих процесів. Діти називають будь-який предмет або картинку чи сприймають предмети цілісно в конкретній ситуації і визначають зайвим той з них, який не відповідає ситуації.

Середнім є рівень узагальнення у 25,93% дітей. Це діти, які мають легку розумову відсталість чи затримку психічного розвитку, неглибоке порушення зору. Вони з допомогою дорослого визначають зайвий предмет, але пояснити самостійно свій вибір не можуть. Є діти (Марія В.), у яких відсутнє мовлення, але вони можуть визначити зайвий предмет, показавши його рукою. Але предмети чи картинки мають бути знайомі дитині, інакше якщо їй запропонувати провести цю операцію з малознайомими предметами, то рівень узагальнення може виявитися нижче.

Достатнього та високого рівнів розвитку узагальнення не спостерігаємо у жодної дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Стан розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкові зв'язки у більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку відповідає нульовому рівню.

Нульовим є рівень інтелектуальних можливостей за цим показником у 88,88% дітей. Діти не розуміють вербальної інструкції, картинку розглядають і можуть назвати, що на них зображено, але логічної послідовності подій не будують, не об'єднують ці події в один сюжет. Це насамперед пов'язане з порушеннями інтелекту та зору. Деякі діти (Марта С., Михайло Ф.) не розглядають картинку через глибоке порушення зору та відсутність мовлення не можуть назвати їх. А є діти (Марія В., Володимир М.), які мають відсутнє мовлення та хаотично перебирають малюнки чи представлені предмети, послідовність не визначають.

Рівень здатності встановлювати причинно-наслідкові зв'язки є середнім у 11,11% дітей. Це діти (Ярослав С., Ольга В.), які розкладають малюнки без врахування послідовності подій, сприймають кожний малюнок як окрему дію, не об'єднуючи їх в один сюжет, але переказують сюжет кожного малюнку. Деякі

діти (Марія В.) складають малюнки за допомогою дорослого в правильній послідовності, але не можуть розказати сюжет через відсутність мовлення.

Дітей з комплексними порушеннями розвитку з достатнім та високим рівнями стану розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкових зв'язків не виявлено.

Загальні результати діагностики стану розвитку інтелектуальної сфери представлені на Рис. 2.3.

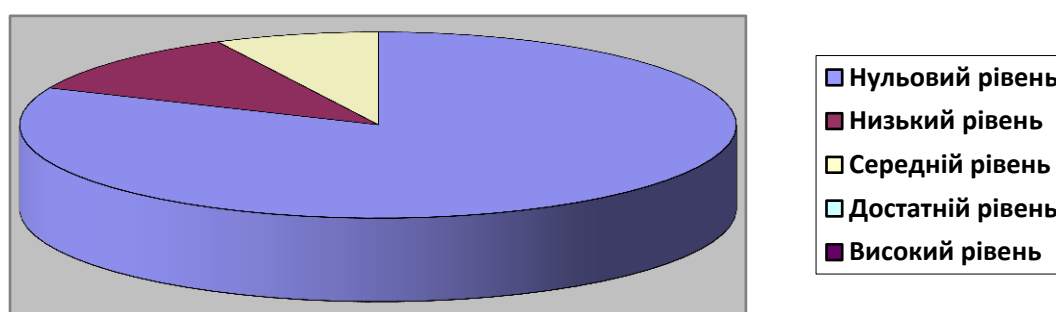


Рис. 2.3. Стан розвитку інтелектуальної сфери у дітей з комплексними порушеннями

Проведене дослідження підтвердило нашу думку про те, що діти з комплексними порушеннями розвитку мають відмінні картини психічного розвитку, відрізняються за рівнями функціонування за кожною з обраних сфер діагностики. В ході обстеження було виявлено, що діти через складність порушеного розвитку не можуть бути прирівняні до нейротипічного розвитку чи одиничного розвитку, бо мають комплекс порушень, які впливають одне на одне та взаємопідсилюють первинні порушення. Тому ми вважаємо, що кожна дитина з комплексними порушеннями розвитку розвивається за рівнями функціонування.

В процесі експериментального вивчення дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору було

виділено три групи дітей за рівнями розвитку моторної, інтелектуальної та зорової сфер, див. Додаток П:

I група – 5 дітей (18,52%), рівні розвитку (моторна сфера – нульовий або низький рівень, інтелектуальна сфера – нульовий рівень, зорова сфера – нульовий рівень)

II група – 21 дітей (77,78%), рівні розвитку (моторна сфера – низький, середній або достатній рівень, інтелектуальна сфера – низький рівень, зорова сфера – низький, середній або достатній рівень).

III група – 1 дитина (3,7%), рівні розвитку (моторна сфера – середній або достатній рівень, інтелектуальна сфера – середній або достатній рівень, зорова сфера – середній або достатній рівень).

До *I групи* відносимо дітей, які мають тяжкі ураження опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. Рівні розвитку моторної, інтелектуальної та зорової сфери у таких дітей відповідають нульовому або низькому рівням. Діти складають 18,52% від усіх обстежуваних.

Особливості психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями цієї групи залежать від складних факторів – передчасні пологи, крововилив у головний мозок при народженні, черепно-мозкові травми в ранньому віці, внутрішньоутробна гіпоксія плоду, генетичні захворювання.

Дітям I групи притаманні тяжкі порушення опорно-рухового апарату. Це такі порушення – спастичний тетрапарез, гіперкінетична форма ДЦП, спастична диплегія, екстрапірамідний тетрапарез. Більшість дітей даної групи, які були обстежені нами, мають спастичний характер рухових порушень. Спастичність рухів підвищується від цілеспрямованого виконання тих чи інших дій. Спастичність спостерігається у вигляді важкості згиначів та розгиначів рук та ніг. Долоні дитини у більшості випадків зведені у кулак, відмічається важке розкривання долоні та виокремлення пальців. Рухові можливості дітей даної групи вкрай обмежені, через напруженість м'язів діти не можуть захопити предмети, іграшки. При здійсненні цілеспрямованих рухів у дітей спостерігається багато зайвих рухів (тремтіння рук, потряхування кистями рук, крутіння головою,

відкриття рота тощо). А є діти, які не рухають ні руками, ні ногами, а при подразненні у них з'являється напруженість м'язів. Загальна та дрібна моторика дітей з комплексними порушеннями розвитку порушена. У них виникають труднощі з цільовим використанням рук, ніг та голови. Діти самостійно не пересуваються, найчастіше лежать. Сидять діти тільки з підтримкою, в спеціалізованих корсетах та стільцях.

Також діти I групи мають глибокі порушення зору. Це такі порушення, як ретинопатія недоношених, часткова атрофія зорових нервів, глибока амбліопія тощо. Діти мають тотальне порушення зору або частковий зір. Більшість дітей даної групи не тримають голову, що пов'язане з обмеженням візуальної інформації. У дітей, які мають залишковий зір, спостерігається викривлене, неточне сприйняття навколишнього середовища. Більшість дітей із залишковим зором не усвідомлюють, як користуватися своїм зором. Зорово-моторна координація дітей цієї групи не розвинена, не сформовані способи сприйняття рухомих предметів, в полі зору зоровий стимул діти не утримують.

В I групі діти з комплексними порушеннями розвитку мають легку та помірну розумову відсталість. У дітей даної групи не розвинена маніпулятивна та предметно-практична діяльність. Діти даної групи не усвідомлюють логічних взаємозв'язків у навколишньому середовищі. Найскладнішими завданнями для них є логічні вправи. Дітям з комплексними порушеннями розвитку I групи характерна слабкість абстрактного мислення, нездатність до складних суджень, узагальнення, виділення істотних ознак предметів та явищ. Більшості дітей даної групи властиве конкретне мислення, виділення знайомих предметів за конкретно-ситуативними ознаками. Мовлення у більшості дітей I групи відсутнє або тяжке порушення мовлення: псевдобульбарний синдром, стерта форма дизартрії, системний недорозвиток мовлення I ступеня, сенсомоторна алалія. Мовлення у дітей I групи розвивається повільно. У більшості дітей даної групи спостерігають вокалізації. Діти характеризуються стійкими порушеннями психічної діяльності, які є в сфері пізнавального, соціального та мовленнєвого розвитку. У більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку спостерігається обмеженість

контактування з дорослим та дітьми. Це проявляється в агресії, негативізмі до дорослого та самоагресії до самого себе. Вони неадекватно реагують на зміни в навколишньому середовищі. Поведінка дітей даної групи швидко змінюється. Більшість мають негативні поведінкові прояви (кусання пальців, биття руками тощо), а також аутостимуляції (тактильні, слухові, пропріоциптивні, зорові) чи стереотипні рухи. Діти не проявляють інтерес до навколишнього середовища, мають низьку мотиваційну готовність до пізнання, у них знижена потреба у спілкуванні з дорослими та однолітками. Для дітей даної групи властива відсутність навичок самообслуговування, найчастіше такі діти самостійно не одягаються, не взуваються, не вмюють їсти, сидіти тощо. Частіше діти даної групи мають розлади сну. Відмічається несформованість ігрових дій, проявляються маніпуляції предметами чи з однією і тією самою іграшкою. Емоційно-вольова сфера у таких дітей даної групи не сформована. Міміка та пантоміміка у таких дітей відсутня. Емоційні реакції дітей недостатньо різноманітні: одні діти – в'ялі, пасивні, інші – агресивні та гіперактивні. Психічні процеси у дітей з комплексними порушеннями розвитку І групи майже не сформовані. Увага, пам'ять, сприймання, мислення у дітей знижені, а рухові вправи за наслідуванням є найскладнішими вправами. Пам'ять у дітей даної групи короткочасна, вони не можуть запам'ятати предмети та назвати їх через порушення інтелекту та зору. Увага розсіяна, діти не сприймають інструкції, представлені завдання, потребують багаторазового повторення та пояснення. Сприймання у дітей неповне та неточне, що пов'язане з первинними порушеннями. Найчастіше діти даної групи не усвідомлюють власного тіла у просторі, не орієнтуються в собі та в просторі. Мисленнєві процеси у дітей не сформовані, особливо узагальнення, порівняння та причинно-наслідкові зв'язки. Діти даної групи не розуміють вербальної інструкції, не розуміють умов задачі, не виділяють істотних подібностей та розбіжностей понять, не узагальнюють і не виділяють зайвий предмет. Допомогу від дорослого діти майже не приймають, проявляють агресію та небажання до виконання завдань. За зразком діти не працюють, вербальної інструкції не сприймають та не розуміють.

Для дітей даної групи характерне неприйняття допомоги та неусвідомлення допомоги; невиконання завдання за зразком; постійне стимулювання виконання завдання; відсутність самоконтролю; нерозуміння та неусвідомлення вербальної, наочної інструкцій. Діти I групи самостійно виконати завдання не можуть, потребують постійного стимулювання. Самоконтроль за виконанням завдань відсутній, дії нецілеспрямовані. Діти даної групи дуже швидко втомлюються та потребують довготривалого відпочинку.

Діти **II групи** – це 77,78 % від усіх обстежуваних. Дана група є неоднорідною за своїми можливостями. Це діти, які мають одне тяжке первинне порушення, або два тяжких первинних порушення, та інші, які виражені в легшій мірі. В цій групі є діти, у яких в різних комбінаціях поєднуються два і більше виражених порушення і одне супутнє, менше виражене. Таким чином, можемо говорити про те, що діти II групи мають неоднорідну структуру комплексних порушень розвитку. Тяжкі порушення опорно-рухового апарату – це ДЦП дискінетичної форми, спастичний тетрапарез, спастичний трипарез, міотонічний синдром. Глибокі порушення зору у дітей цієї групи – часткова атрофія зору, гіперметропія, ретинопатія недоношених, мікрофтальм. Порушення інтелекту у формі легкої розумової відсталості. Особливості психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями даної групи залежать від складних етіологічних факторів – внутрішньоутробна гіпоксія плоду, інфекційний цитомегаловірус у матері під час вагітності, пологові травми. Відмінності психічного розвитку залежать від провідного первинного порушення, тобто від того, яке порушення було вираженим, а які – супутніми.

Більшість дітей II групи мають спастичний характер рухових порушень. Дрібна та загальна моторика дітей порушена, більшість дітей даної групи не пересуваються самостійно, але вміють активно повзати, а деякі діти пересуваються за допомогою дорослого. Сидять діти у спеціалізованих стільчиках, можуть самостійно утримувати спину під час сидіння без спеціалізованих стільчиків, але невелику кількість часу. Повзають діти даної групи за допомогою постійного стимулювання з боку дорослого, але на це їм

необхідно багато часу. У більшості дітей збережена рука здійснює хапання предмета, долоня розкривається з невеликими труднощами, використовує різні способи хапання предмета, а більш уражена – є пасивною, не бере участі у хапанні іграшки або допомагає притискати предмет до всього тіла. Рухові можливості дітей даної групи частково обмежені, на ураженій руці рухи менш природні та менш скоординовані. Найчастіше під час виконання цілеспрямованої дії на ураженій руці спостерігаються тремтіння, додаткові рухи кисті тощо. Згинання та розгинання руки, обертання кисті руки здійснюється тільки збереженою рукою. Наслідувальні рухи рук є найскладнішим завданням із всіх рухових вправ.

Зорові функції у дітей II групи розвинені частково. Більшість дітей мають залишковий зір, який вміють використовувати для пізнання навколишнього середовища. Зорово-моторна координація у дітей даної групи частково збережена, окрім дітей з глибокими порушеннями зору. Більшість дітей здійснює рухи у горизонтальній та вертикальній площинах, реагують на яскраві предмети та рух перед очима, утримують зоровий стимул у полі зору та виконують зорові завдання з допомогою дорослого. Навички орієнтування у дітей частково сформовані. Діти даної групи добре орієнтуються у своєму тілі, можуть назвати та показати частини свого тіла та за допомогою дорослого частини тіла іншої людини. Мають частково сформоване сприйняття предметів, кольорів, форм та величини предметів.

Інтелектуальне порушення у дітей II групи відповідає легкій розумовій відсталості чи затримці психічного розвитку. Менша кількість дітей даної групи мають частково сформовані мисленнєві процеси, вміють порівнювати предмети за істотними ознаками розбіжності, узагальнюють зайвий предмет, але не пояснюють виконаних дій. Але більшість дітей мають низький рівень інтелектуальних процесів. Діти працюють за допомогою дорослого та після багаторазового повторення можуть виділити зайвий предмет чи розподілити малюнки у певній послідовності.

У меншої кількості дітей II групи відсутнє мовлення, є тільки деякі вокалізації чи окремі звуконаслідування. Але такі діти можуть показати правильні відповіді рукою чи вказівним пальцем або правильним розташуванням малюнків. Більшість дітей даної категорії мають мовленнєві порушення у формі дизартрії, ЗНМ, дислексії тощо. Словниковий запас дітей даної групи низький і обмежений побутовою тематикою. Більшість дітей не вміють складати речення, вони мають фразове мовлення, інколи спастичність артикуляційного апарату.

У деяких дітей даної групи проявляються аутоstimуляції та негативні поведінкові прояви, але вони швидко переключаються на цікаве завдання. Діти частково проявляють інтерес до навколишнього оточення, більший інтерес проявляють до яскравих, звукових предметів. Потреба у спілкуванні дітей даної групи інколи патологічно підвищена. Діти даної групи не можуть попрощатися з дорослим, в них з'являється істерика чи агресія (самоагресія). Потреба у спілкуванні проявляється тільки разом із дорослими з однолітками діти не спілкуються.

Самообслуговування у дітей даної групи знаходиться на низькому рівні, діти самостійно можуть їсти та пити, але одягтися чи взутися самостійно не можуть. Ігрова діяльність у таких дітей сформована. Діти дуже люблять гратися, але найчастіше наодинці чи у стереотипну гру без сюжету. Емоційно-вольова сфера таких дітей не стійка, їх поведінка може змінюватися швидко та несподівано від гарного настрою до агресивних поведінкових реакцій.

Психічні процеси у дітей з комплексними порушеннями розвитку II групи сформовані частково. Їм характерна недостатність наочно-дійового, наочно-образного та словесно-логічного мислення. Допомогу від дорослого діти приймають частково, частково розуміють інструкцію та вербальні вказівки. За зразком діти працюють, але з невеликими труднощами, їх увага розсіяна, вони потребують повторення та постійної стимуляції з боку дорослого. Деякі діти даної групи не можуть швидко переключитися на другу діяльність, вони «зависають» на виконанні одного завдання. А деякі діти переключаються дуже швидко та не закінчують виконання завдання.

Завдання виконують за допомогою дорослого, допомогу приймають, спостерігається часткова самостійність, добре виконують за зразком, розуміють та сприймають вербальну та наочну інструкцію. Самоконтроль за виконанням завдання знижений. Діти потребують відпочинку, постійного стимулювання та заохочення від дорослого.

Діти **III групи** – це 7,4% від усіх обстежуваних. Це найменша кількість дітей, яка має рівні розвитку моторної, зорової та інтелектуальної сфер, які відповідають достатньому рівню. Ці діти мають три первинні порушення, які виражені в легкій мірі. Особливості психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями даної групи залежать від складності етіологічних факторів – пологових травм. Первинні порушення, які виражені в легкій мірі, це подвійна диплегія, прогресуюча м'язова дистрофія, ДЦП гіперкінетична форма, косоокість, амавроз центрального характеру, ністагм, ЗПР.

Дітям III групи притаманні різні варіанти структур комплексного порушення. Але ці діти раніше, ніж інші, починають проявляти інтерес до навколишнього середовища. За спеціально-створених умов з народження діти даної групи досягають високого рівня розвитку. Деякі діти даної групи самостійно не пересуваються, а деякі діти пересуваються за допомогою дорослого. Загальна та дрібна моторика дітей порушена. Діти працюють обома руками, але повільно та невпевнено. Вони добре захоплюють предмети та маніпулюють ними. Хапання здійснюють різними способами, але у дітей відмічаються слабкість м'язового тону та недостатність розвитку диференційованих рухів пальців. Наслідувальні рухи рук розвинуті частково. Діти працюють за допомогою дорослого та частково повторюють рухові патерни за дорослим.

Зорові функції у дітей збережені та відповідають достатньому рівню. Діти розглядають малюнки, іграшки, предмети з інтересом, виконують зорові завдання. Мисленнєві процеси частково обмежені. Діти даної групи виділяють зайвий предмет, можуть порівняти предмети та пояснити за допомогою дорослого свій вибір, складають невеличку розповідь за сюжетними малюнками за допомогою дорослого. Мовлення у дітей з комплексними порушеннями розвитку III групи

порушено у формі дизартрії, ЗНМ II рівня, але є випадки, коли мовлення майже не порушено. Діти працюють за допомогою дорослого, за зразком, здійснюють самоконтроль виконання завдань за підказками дорослого. Під час виконання завдань діти потребують часткового стимулювання з боку дорослого. Діти розуміють інструкції до завдань, вербальні підказки та додаткові питання дорослого. Навички самообслуговування у таких дітей частково сформовані. Діти даної групи йдуть на контакт з дорослим одразу, спілкування з дорослим потребують багаторазово. Емоційні реакції у дітей адекватні, відповідають конкретній ситуації. Міміка та пантоміміка частково збережені. Увага стійка, пам'ять довготривала, мисленнєві процеси розвинуті недостатньо, але у процесі навчання вони можуть розвиватися.

Діти даної групи активні та потребують меншої допомоги з боку дорослого, порівняно із дітьми II групи.

З усього вищесказаного можна зробити висновок, що важливою особливістю дітей з комплексними порушеннями розвитку є неможливість отримувати інформацію про навколишнє середовище через природні канали, що збільшує значимість корекційного навчання таких дітей, порівняно з іншими дітьми, які мають окремі порушення розвитку.

Висновки до розділу другого

Індивідуальне психолого-педагогічне обстеження дітей з комплексними порушеннями є головною складовою індивідуального психолого-педагогічного супроводу дитини.

Виявлено в обстеженні дітей з комплексними порушеннями розвитку значні труднощі (неможливість використання стандартизованих методик, специфічний характер спілкування і взаємодії, зниження пізнавальної та рухової діяльності, труднощі в розумінні дітьми інструкцій педагога, переключення з одного виду діяльності на інший, порушення орієнтування у просторі, прояв негативізму, підвищена чутливість до подразників).

Розроблено комплексну діагностичну психолого-педагогічну методику складається з трьох блоків, які дозволили визначити рівні розвитку моторної, зорової та інтелектуальної сфер. Розроблено показники розвитку кожної сфер та показники їх сформованості. Комплексна методика включала діагностичні завдання, виконання яких оцінюється за п'ятьма рівнями: нульовий, низький, середній, достатній та високий. Для оцінки результатів успішності або безуспішності корекційно-педагогічної роботи використовувалися такі показники: прийняття допомоги, здатність працювати за зразком, ступінь самостійності виконання завдання, постійне стимулювання, якість самоконтролю, виконання за вербальною інструкцією.

Виявлено, що у дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору спостерігаються найнижчі показники у сформованості інтелектуальної сфери (нульовий рівень – 81,48% дітей). Стан розвитку моторної сфери більшості дітей відповідає нульовому та середньому рівням (25,93% та 29,63% - відповідно), а 40,74% дітей виявили низький рівень рухових можливостей. Зорові можливості більшості дітей відповідали низькому рівню (51,85%), приблизно рівним був розподіл дітей між нульовим та середнім рівнями (18,52% і 22,22% - відповідно).

Для моторної сфери характерним є те, що у більшості дітей (44,44%) хапальні рухи знаходяться на низькому рівні, рухові можливості дітей обмежені – 37,04% дітей знаходяться на низькому рівні. У більшості дітей (40,74%) тонус м'язів відповідає середньому рівню, що пояснюється спастичним тетрапарезом та подвійною диплегією. Кращі показники рухливості кистей рук, де спостерігається більш-менш рівномірний розподіл дітей за усіма рівнями. Найгіршим був стан диференційованих рухів пальців – нульовий рівень діагностовано у 62,96% дітей. Результати вивчення узгодженості дій рук були нижчими, бо діти з комплексними порушеннями розвитку мають більше ураження однієї руки, що відповідає середньому рівню розвитку (40,74%). Наслідувальні рухи рук та ритмічність рухів сформовані гірше, оскільки на їх розвиток впливає ще й порушення зору. Більшість дітей (55,56%) виявили низький рівень розвитку наслідувальних рухів

та ритмічності рухів. Через комплекс первинних порушень у дітей майже не сформовані предметно-практичні навички – більшість дітей (48,15%) демонструють їх на низькому рівні.

Результати вивчення зорової сфери були переважно обумовлені зоровим діагнозом дітей. Труднощі при виконанні завдань також виникали внаслідок інтелектуального порушення й обмежених рухових можливостей. Стан зорової уваги у дітей був рівномірно розподілений між низьким (37,04%) та достатнім (37,04%) рівнями. Зорова пам'ять сформована гірше, результати також розподілені між низьким (33,33%) та середнім (33,33%) рівнями. У більшості дітей (62,96%) спостерігається низький рівень зорово-моторної координації та орієнтувально-обстежувальної діяльності через порушення опорно-рухового апарату. У більшості дітей (51,85%) спостерігається низький рівень сприймання кольорів. Майже у половини дітей (51,85%) спостерігається низький рівень сприймання форм, як наслідок поєднання порушення зору й інтелекту. Кращі показники сприймання величини – середній рівень (40,74%).

В інтелектуальній сфері спостерігалися найгірші результати. Стан розвитку порівняльного аналізу відповідав нульовому рівню (77,77%), узагальнення – нульовому рівню (74,07%), здатність встановлювати послідовність – нульовому рівню (88,89%). Отримані показники пояснюються тим, що більшість дітей мають інтелектуальне порушення у формі легкої та помірної розумової відсталості, а також тяжкі порушення мовлення, ускладнені порушенням зору.

Проведене психолого-педагогічне вивчення дозволило виділити три групи дітей за рівнями розвитку функціональних можливостей моторної, інтелектуальної та зорової сфер, які потребували різного змісту індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

3.1. Умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу

Головним в організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями є взаємодія батьків, спеціального педагога, психолога, медичного працівника, логопеда, реабілітолога в корекційно-педагогічній роботі дитини вдома з метою створення позитивних умов для її навчання, виховання та розвитку.

Індивідуальне навчання дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку в спеціалізованих загальноосвітніх школах визначається низкою умов.

Результати експериментальної методики психолого-педагогічної діагностики дітей з комплексними порушеннями розвитку спонукали до обґрунтування та розробки умов впровадження й структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Метою формувального експерименту було визначення та апробація умов та етапів впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Відповідно до мети було визначено такі завдання формувального етапу дослідження:

1. Обґрунтувати умови впровадження та структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку в загальноосвітніх навчальних закладах.
2. Апробувати розроблені умови впровадження та структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку у навчально-виховному процесі.

3. Перевірити ефективність запропонованих формувальним дослідженням умов впровадження та структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Л. Виготський [42] зазначав, що дитина з комплексними порушеннями розвитку має досить високі компенсаторні можливості. Проте для задіяння цих компенсаторних механізмів необхідна наявність певних умов. Перш за все дитина повинна розвиватись у сприятливій обстановці, без інтелектуальних перенавантажень, із дотриманням відповідного режиму, в емоційно сприятливій атмосфері.

Основними умовами впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку було визначено такі: організаційні, діагностичні, дидактичні, корекційно-розвиткові, соціально-реабілітаційні.

До організаційних умов відносимо:

- проходження психолого-медико-педагогічної консультації дитиною з комплексними порушеннями розвитку (є умовою та вимогою зарахування до закладу);
- наявність інфраструктури навчального закладу;
- зарахування дитини з комплексними порушеннями розвитку до навчального закладу;
- проходження шкільної психолого-педагогічної консультації дитини з метою актуального визначення розвитку дитини та призначення складу спеціалістів;
- наявність проведеного анкетування й опитування батьків дитини;
- наявність проведеної ознайомчої бесіди з батьками з організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дитини;
- проведення комплексної психолого-педагогічної діагностики дітей з комплексними порушеннями розвитку;
- наявність складеного індивідуального навчального календарно-тематичного плану на рік;

- затвердження індивідуального навчального календарно-тематичного плану директором школи та його заступником з навчально-виховної роботи;
- наявність індивідуальної картки розвитку дитини;
- наявність щомісячного журналу навчальних занять з метою контролю та перевірки роботи спеціального педагога;
- наявність транспортного засобу для розвозки дітей на групові заняття, які відбуваються у школі;
- оцінювання дітей з комплексними порушеннями розвитку;
- наявність написаної психолого-педагогічної характеристики спеціалістами, які займаються з дитиною.

До діагностичних умов відносимо:

- наявність анамнестичних відомостей;
- наявність достовірних і повних відомостей про розвиток дитини й умови виховання в родині;
- наявність наочного діагностичного матеріалу;
- наявність комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики для дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Наявність анамнестичних відомостей. Включала в себе вивчення діагнозу дитини, картки здоров'я та розвитку, виписок з медичної картки, протоколів КПМПК, характеристик з попередніх місць навчання, висновків спеціалістів різного профілю. Детальне медичне обстеження дозволило отримати дані про структуру порушення розвитку, а також надало можливості встановити причини, які викликали ураження одразу декількох систем. Тому виписки з медичного обстеження дали повну картину структури комплексного порушення спеціальному педагогу, який після визначив вторинні відхилення та відхилення третинного порядку.

Наявність достовірних і повних відомостей про розвиток дитини й умови виховання в родині.

Для отримання достовірних та повних відомостей про розвиток й виховання дитини спеціальним педагогом було використано такі методи, як анкетування,

опитування, інтерв'ю тощо. Анкетування було основним методом індивідуального психолого-педагогічного супроводу дитини з комплексними порушеннями розвитку, особливо на початковому етапі знайомства з родиною, де виховувалася дитина. Анкетування проводилося з метою отримання додаткової інформації про дитину, включаючи обстановку в сім'ї. Запитання в анкеті давали відповіді на такі питання: діагноз дитини, умови протікання вагітності та пологів, захворювання та залежності батьків, загальні відомості про дитину, ранній психофізичний розвиток, висновки фахівців, режим дня дитини, а також доповнювалися зібраними анамнестичними даними (Додаток В).

Разом із проведенням анкетування спеціальний педагог проводив інтерв'ювання батьків. Це відбувалося на початку роботи з дитиною, яка мала комплексні порушення розвитку. Метою інтерв'ю було вивчення психологічного клімату сім'ї, визначення ставлення батьків до діагнозу дитини, вивчення соціально-побутових умов родини з одного боку, а з іншого – визначення актуального рівня розвитку дитини, навичок, які сформовані у дитини, її характеру, особливостей поведінки, зацікавленості тощо. Часто саме в інтерв'ю з матір'ю спостерігалися психологічні труднощі, з якими стикалася родина. Батьки починали згадувати ті моменти в їхньому житті, коли відбулася травматична ситуація: труднощі при народженні дитини, численні операції, лікування, санаторії тощо. Тому, спеціальному педагогу необхідно було уміло підбирати коректні вислови, які не могли ретравматизувати.

Наявність наочного діагностичного матеріалу. Після вивчення особливостей та можливостей дитини з комплексними порушеннями розвитку спеціальний педагог підбирав наочний матеріал для діагностування. Діагностика була ускладнена особливо у дітей з комплексними порушеннями зору, інтелекту і опорно-рухового апарату. Цим дітям потрібно було підбирати наочність, яка б відповідала зоровим можливостям дитини; предмети для дослідження, які б дитина могла схопити руками, враховуючи рухові можливості дитини, використання завдань від простого до складного, які враховували інтелектуальні можливості дитини. При підборі наочного матеріалу необхідно було враховувати

мовленнєве порушення дитини. Діагностичним наочним матеріалом були знайомі дитині предмети: ложки, виделки, взуття, одяг, іграшки. А також наочний матеріал, який дитина бачила вперше: різного розміру м'ячі, дерев'яні кубики, кільця, коробки, палички, іграшки. Наочний матеріал був використаний з різного матеріалу, був недрібним, гіпоалергійним, контрастним. Обов'язково враховувалося зорове порушення при діагностуванні та зберігався потрібний освітлювальний режим.

Наявність комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики для дітей з комплексними порушеннями розвитку. Необхідною та обов'язковою умовою індивідуального психолого-педагогічного супроводу було діагностування функціонального рівня розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку. Діагностична методика, яка була представлена у 2 Розділі, дала змогу проаналізувати моторну, зорову, інтелектуальну та мовленнєві сфери дитини, визначити сформовані та несформовані навички, мотиваційну готовність до навчання, інтереси дитини, комунікативні навички, навички взаємодії з дорослим, вміння відповідати на запитання, приймати допомогу тощо. Всі діагностовані навички необхідні були дитині для подальшого навчання та розвитку. Представлена діагностична методика дала змогу визначити рівень розвитку, на якому знаходилася дитина, й наступний рівень розвитку та навички, які потрібно було у дитини сформувати. Комплексну діагностичну психолого-педагогічну діагностику спеціальний педагог проводив від 2-х до 4-ох тижнів, тому що діагностування дітей з комплексними порушеннями розвитку мало свої складнощі, які ми описали у 2 Розділі. Така подовженість у часі потрібна була для детального вивчення вторинних відхилень дитини. Також в цей період проходив адаптаційний період дитини та встановлення контакту між дитиною та вчителем, налаштування на подальшу продуктивну діяльність, виховання посидючості (адже більшість дітей з комплексними порушеннями розвитку перебували у положенні «лежачи» через порушення опорно-рухового апарату, а тому їм важко було висидіти заняття) тощо. Вивчення дітей з комплексними порушеннями передбачало глибоке всебічне комплексне

дослідження. Такий підхід до виявлення й аналізу психолого-педагогічних особливостей дитини, її потенційних можливостей вимагав високої кваліфікації фахівця. Крім того, правильне вирішення цих питань потребувало розуміння складної структури порушень, про що йшлося у 1 Розділі.

До дидактичних умов відносимо:

- здійснення адаптації змісту навчання до можливостей дитини;
- здійснення індивідуального підбору методів, прийомів та засобів навчання;
- орієнтування на провідний вид діяльності;
- наявність календарного режиму дня;
- наявність спеціальних навчальних та ігрових посібників, зокрема, тактильних книг та книг «досвіду» для розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Здійснення адаптації змісту навчання до можливостей дитини. Отримавши конкретні дані про рівень розвитку інтелекту, психічної, фізичної, зорової та психомоторної сфер, спеціальний педагог розробляв індивідуальний навчальний план. Індивідуальний навчальний план розроблявся відповідно до можливостей кожної дитини. Передбачена була адаптація навчальних планів до психофізичних можливостей кожної дитини. Визначення доступного змісту індивідуальної програми з усіх предметів було важливою умовою для ефективного навчання.

Здійснення індивідуального підбору методів, прийомів та засобів навчання. Для навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку використовувалися загальнопедагогічні методи, але попередньо адаптовані до можливостей кожної дитини індивідуально. При плануванні корекційної роботи з дитиною, яка мала комплексні порушення розвитку, використовувалися наочні, практичні та словесні методи навчання. Обов'язковою умовою використання цих методів було включення усіх збережених аналізаторів, що дозволило дитині запам'ятовувати матеріал ефективніше.

Особливості учнів з комплексними порушеннями психофізичного розвитку обумовлювали застосування загально педагогічних методів:

- методи навчання носили корекційно-розвиваючий характер;
- були доступними і водночас відповідали розумовому розвитку дітей та стимулювали дітей до розумових дій;
- методи стимулювали дітей до самостійної роботи, ініціативи;
- було поєднання методів, що підвищувало ефективність корекційного процесу та успішність отримання нових знань.

При підборі методів було враховано:

- рівень знань;
- темп роботи;
- обсяг та стійкість уваги;
- втомлюваність дитини;
- довірливість психічних процесів;
- рівень розвитку опорно-рухового апарату;
- рівень розвитку мовлення;
- рівень розвитку зорового сприймання;
- рівень розвитку інтелектуального розвитку.

Орієнтування на провідний вид діяльності. У деяких дітей з комплексними порушеннями розвитку спостерігалися сформовані тільки передумови предметної, маніпулятивної чи ігрової діяльності. Робота з розвитку виду діяльності була основною для засвоєння дітьми з комплексними порушеннями розвитку предметних дій, їх послідовності та засвоєння правил та норм поведінки в різних побутових ситуаціях. Діти мали неоднорідну структуру розвитку комплексного порушення. Тому не було спирання на етапи розвитку видів діяльності дитини у нормі. У дітей різного віку з комплексними порушеннями розвитку лишалася провідною предметна діяльність. Дітей з комплексними порушеннями розвитку вчили послідовності дій у побутових діях (мити руки, витирати обличчя тощо), що в подальшому допомагало їм вчитися грати.

Основною діяльністю для дітей з комплексними порушеннями розвитку виступала гра. Гра мала доступний сюжет, відповідала інтересам дитини та змісту навчальної програми з відповідних предметів, темі уроку, віковим та

психофізичним особливостям. Для дітей з комплексними порушеннями розвитку особливе значення мали дидактичні ігри. В першу чергу спеціальний педагог починав з ігор, які спрямовані на пізнання навколишнього світу: тактильні, звукові, температурні, музичні, світлові, нюхові ігри. І тільки після їх засвоєння проводилися ігри на розвиток уваги, сприймання кольору, форми, величини, просторових відношень, цілісності предмета тощо.

Наявність календарного режиму дня. Навчання режиму дня було невід'ємною частиною корекційної роботи. Від правильно підбраного режиму дня, в першу чергу, залежало здоров'я дитини. Діти з комплексними порушеннями розвитку мали глибокі порушення зору і часто плутали день та ніч. Тому чітко встановлений режим дня був запорукою успішного розвитку та виховання дитини.

Календар режиму дня – це символічна система комунікації, в якій символи або предмети-символи використовувалися для представлення основних видів діяльності протягом всього дня. Завдяки календарю режимного дня дитина з комплексними порушеннями розвитку починала запам'ятовувати послідовність подій та включатися у всі види діяльності.

У календарі режиму дня використовувалися тактильні підказки для дитини з комплексними порушеннями розвитку. З його допомогою щоденно повторювалися всі режимні моменти разом із дитиною.

Для дітей, які мали тяжкі первинні порушення, використовувалися предмети для позначення певної дії, поняття чи предмету. Спілкування за допомогою предметів-символів давало можливість засвоїти такі поняття як «минуле», «теперішнє» та «майбутнє». Предмет сигналізував дитині про діяльність, яку вона мала виконати.

Основні властивості календаря режиму дня:

- Предмети асоціювалися із певним видом діяльності.
- Предмети були знайомі дитині.
- Предмети були такого розміру, щоб вміщувалися у руку дитини, але не дрібними.

- Предмети були дерев'яними, пластиковими, мали кути та випуклості, щоб дитина могла вільно утримувати їх у спастичній руці.
- Предмети були яскраві, однокольні без зайвих деталей.
- Фон та предмети календаря режиму дня були контрастними.
- Предмети були постійними для позначення певної діяльності.
- Предмети були розташовані так, щоб дитина могла вільно ними маніпулювати.

Календар представляв собою декілька з'єднаних контейнерів чи коробочок, в яких були відділення для предметів, які позначали види діяльності. Перші календарі склалися із декількох дій, а в подальшому збільшувалася кількість предметів. Предмети позначали такі дії: «вмиватися», «одягатися», «вчитися», «малювати», «їсти» тощо. Зразок заповненого бланку для складання календаря для дитини з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору поданий у Додатку Р.

Календар режиму дня був також спрямований на розвиток вміння дотримуватися послідовності подій та самостійності дитини. Календар режиму дня виготовлявся із використанням предметів та зображень (в більшості це схематичні малюнки предметів), які враховували можливості дитини.

Спочатку дорослий разом із дитиною вчили календарний режим дня, а потім, спираючись на досвід прогулянок, відпочину і т.п. вводили пори року. Для навчання кожної пори року використовувалися чотири коробки: коробка осіння з шишками, листям, каштанами, яблуками, гілочками; коробка зимня з льодом, снігом, сніжинками, сніжками; коробка весняна з травичкою, квітами, бруньками, камінцями; коробка літня з піском, мушлями, галькою чи травичкою, ватою, ягодами. Таким чином, у дітей формувалися поняття «осінь», «зима», «весна», «літо».

Робота з такими календарями була ефективною та сприяла розвитку розуміння та усвідомлення послідовності подій в житті дитини, розвитку пам'яті, розвитку комунікації та спілкування між дитиною та батьками чи вчителями.

Наявність спеціальних навчальних та ігрових посібників, зокрема, тактильних книг та книг «досвіду» для розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Тактильна книга – це навчальний засіб з об’ємними зображеннями, які сприймалися за допомогою дотику та іншими збереженими аналізаторами. Тактильні книги для дітей з комплексними порушеннями розвитку були тематичними, тобто виготовлялися за певною темою. В тактильній книзі описувався сюжет невеличкої казки чи розповіді.

Виготовленням тактильних книг займалися батьки за рекомендаціями спеціального педагога, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини. Аплікації, рельєфні зображення, предмети сприяли стійкій сенсорній стимуляції. При виготовленні тактильної книги обов’язково враховувалося:

- інтелектуальні можливості дитини;
- особливості зорового функціонування;
- рухові можливості;
- особливості мовлення;
- положення тіла дитини у просторі.

Матеріали для виготовлення книг використовувалися екологічно-чисті матеріали – тканина, дерево, картон, пластик, залізо та інші. Основними вимогами до тактильних книг були: безпека, нетоксичність та міцність. Тактильні книги містили реальні предмети, рельєфні малюнки, іграшки, але такі, які відповідали дійсності.

Тактильна книжка мала такі особливості:

- невелика кількість предметів на одній сторінці;
- контрастні на дотик матеріали;
- контраст фону та предметів;
- використання тканин різної фактури (вовна, шовк, фетр, хутро та ін.)
- кольори яскраві, контрастні та наближені до реальних;
- сторінки невеликі за розміром, щоб дитина могла схопити їх та перегорнути;

- сторінки приємні на дотик, без гострих кутів;
- книга була неважкою, щоб дитина могла її підняти;
- в книзі були представлені ігрові вправи: застібки, кнопочки, гудзики тощо;
- низ кожної сторінки був виділений для орієнтування у книзі;
- ілюстрації стимулювали різні види сприймання тощо;
- малюнки супроводжувалися написанням слів плоскодруктованим та рельєфно-крапковим шрифтами.

Книги «досвіду» - це навчальний засіб, який використовувався для вивчення предметів та явищ навколишнього світу для дітей з комплексними порушеннями розвитку. Книги представляли собою зошит чи альбом, куди вклеювалися предмети чи зображення того, що вчили на уроці або з чим ознайомилися на прогулянці. Дуже важливими були книги «досвіду» для дітей I-ої групи, які мали змогу опиратися на попередній досвід та закріплювати засвоєні попередньо знання.

До корекційно-розвивальних умов відносимо:

- наявність спеціального обладнання для індивідуального психолого-педагогічного супроводу;
- застосування спеціальних завдань з психолого-педагогічної корекції порушень у розвитку;
- застосування прийомів та методів корекції проблемної поведінки дітей з комплексними порушеннями розвитку;
- наявність в індивідуальній роботі систематичного психолого-педагогічного консультування батьків.
- використання інноваційних технологій в індивідуальному навчанні дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Наявність спеціального обладнання для індивідуального психолого-педагогічного супроводу. Для дітей з комплексними порушеннями розвитку необхідним було використання спеціального обладнання. Для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату підбиралися спеціалізовані крісла з

корсетами, підлокітниками, спеціальні столи, коректори постави, фіксатори для рук, ніг, тулуба, ортези на шийний відділ хребта, стіл ігровий тощо.

Для дітей з порушеннями зорового аналізатора підбиралися спеціальні оптичні засоби (лінзи, окуляри, лупи та ін.), тактильні панелі (набори матеріалів різних текстур), раціональне освітлення приміщення та робочого місця дитини. Також це були допоміжні технології для того, щоб дії дитини були самостійними (спеціальні пристрої для письма, читання, додаткове устаткування для комп'ютера тощо). Батьки, керуючись порадами спеціального педагога, мали обладнати робоче місце дитини з урахуванням її моторного й зорового станів та особливостей розвитку навчальних навичок. Створення корекційно-розвиваючого середовища було визначальним для ефективності корекційного навчання дитини. Середовище, в якому проходив навчальний процес дитини з комплексними порушеннями, – спеціально обладнаний простір для навчання дитини, а також спеціальні засоби, необхідні в навчальному процесі. В обладнання також входили стелажі, ігровий, дидактичний та наочний матеріали, магнітна дошка тощо.

Застосування спеціальних завдань з психолого-педагогічної корекції порушень у розвитку. Завдання, ігрові вправи були спрямовані на подолання труднощів у навчанні. Індивідуальне навчання передбачало поглиблену роботу з корекції психічних функцій, навичок спілкування, пізнавальної діяльності, а також формування компенсаторних способів діяльності шляхом максимального використання потенційних можливостей. Індивідуальне навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку – це компенсаторно-адаптаційне навчання, яке сприяло адаптації в навколишньому світі на основі корекції та компенсації сенсомоторних та інтелектуальних порушень у розвитку. Розвиток дитини відбувався не тільки на заняттях зі спеціальним педагогом, але й у вільний час.

Застосування прийомів та методів корекції проблемної поведінки дітей з комплексними порушеннями розвитку. Проблема поведінки – це один із видів дезадаптивної поведінки, який являє собою систему вчинків, що суперечать прийнятим у суспільстві правилам або моральним нормам. У дітей з комплексними порушеннями частіше спостерігалися прояви проблемної

поведінки, ніж у дітей з одиничними порушеннями. На це впливали порушення центральної нервової системи та первинні порушення, які створювали складний комплекс порушень, психологічні та соціальні причини. Діти з комплексними порушеннями розвитку відрізнялися підвищеною нервовою збудливістю з перших днів життя, у них знижений або патологічно підвищений апетит, порушений сон (часто плутають день і ніч), вони метеозалежні (чутливі до зміни погоди), важко адаптувалися до навколишнього середовища, особливо до змін в оточенні. Були діти з комплексними порушеннями розвитку, які були підвищено збудливі та дратівливі. Вони малоактивні, полохливі. А були діти, які перебували у постійному виснаженні, часто втомлювалися і спали. Більшість дітей з комплексними порушеннями були агресивні, проявляли негативізм до всього нового, кричали, кусалися, билися руками. Ефективність навчання залежала від правильного виховання та наявності засобів спілкування з іншими. Гіперопіка чи гіпоопіка батьків, тривожність батьків, нестабільний психологічний стан у родині також був причиною проблемної поведінки дітей. У таких випадках командою спеціалістів вирішувалося питання з корекції проблемної поведінки дитини, розроблялися заняття та застосовувалися експериментальні методи виховання.

Корекційна робота була спрямована на:

- розвиток пізнавальної діяльності;
- формування засобів спілкування, які задовольнятимуть комунікативні потреби дитини;
- стимуляцію до творчості та реалізації своїх здібностей;
- створення умов для відреагування негативних емоцій, зокрема, тривожності й агресивності;
- забезпечення переживання почуття задоволення від досягнення успіху, долання труднощів;
- формування умінь адекватної реакції на невдачу;
- розвиток здатності до емоційної стабільності, спілкування;
- підвищення рівня самосвідомості та довільної саморегуляції поведінки.

Для реалізації зазначених напрямків використовувалися наступні методи психокорекції: пісочна терапія, арт-терапія, ігрова психотерапія, казкотерапія, психогімнастика, психодрама тощо.

Також, важливим для взаємодії дитини з комплексними порушеннями з іншими дітьми був розвиток соціальних навичок. Це були навички вербальної комунікації: привітання, подяка, запам'ятовування та використання імен дітей, вибір тем для розмови, активне слухання, використання мімічних поз; навички поведінки у конфліктних ситуаціях: вміння сказати «ні», попросити допомоги, вміння вибачитися; навички дружби: вміння дякувати, приймати подяку, вміння робить щось по черзі, охайність та акуратність, розуміння ролі правил в побутовому житті.

Наявність в індивідуальній роботі систематичного психолого-педагогічного консультування батьків. Корекція та розвиток дитини з комплексними порушеннями розвитку були можливі за активної співпраці батьків та педагогів. Психолого-педагогічне консультування передбачало від команди спеціалістів емпатійного шляху розуміння труднощів, з якими стикалася родина. Власне, корекційно-розвивальна робота з дитиною з комплексними порушеннями розвитку передбачала наданням консультацій батькам.

Використання інноваційних технологій в індивідуальному навчанні дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку. До інноваційних технологій відносилось використання комп'ютера, електронних книг, аудіокниг, планшетів, телефонів та іншого технічного обладнання, що надали можливість спілкуватися з дитиною, вчитися та пізнавати оточуючий світ. Були діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, які мали спастичність обох рук та не могли через це писати, але вчилися друкувати іншими частинами тіла, наприклад, носом. Деякі діти з комплексними порушеннями розвитку не могли навчитися читати та писати звичним способом, але змогли це зробити за допомогою комп'ютерних технологій, збільшеного екрану, електронних книг тощо. Також, використання електронних енциклопедій, комп'ютерних фільмів,

анімації, аудіо- та відеоінформації надали успішний результат у навчанні дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору.

Корекційно-розвиваючі умови були потужним інструментом в корекційно-виховній роботі з дітьми, які мали комплексні порушення розвитку.

До соціально-реабілітаційних умов відносимо:

- наявність індивідуальних технічних засобів реабілітації;
- наявність технічних засобів для розвитку соціально-побутових навичок та самообслуговування.

Наявність індивідуальних технічних засобів реабілітації. Передбачало формування готовності особистості до побутової, трудової діяльності та розвиток самостійності при орієнтації в часі та просторі. Соціально-побутова адаптація сприяла створенню необхідних умов для незалежного існування дитини з комплексними порушеннями розвитку. Житлове середовище для дитини мало колосальне значення, тому що в ньому вона проводила більшу частину свого життя. Велике значення мало пристосування житла дитини до її функціональних можливостей, оснащення приміщень спеціальними допоміжними пристроями для полегшення самообслуговування. Дитина з комплексними порушеннями розвитку була також забезпечена індивідуальними технічними засобами реабілітації та пристосуваннями, які полегшили пересування, орієнтування й спілкування. Важливим також було навчання і просвіта членів сім'ї дитини з комплексними порушеннями розвитку з різних питань: про характер наявного у дитини захворювання, що викликає обмеження життєдіяльності, пов'язаних з ними соціально-психологічних та фізіологічних проблемах, про види і форми соціально-побутової допомоги дітям з інвалідністю, види технічних засобів реабілітації та особливості їх експлуатації. Родичів та осіб, які надавали допомогу дитині, вчили користуватися технічними засобами, особливо призначеними для полегшення догляду за дитиною з важкими формами первинних порушень. Питаннями адаптування житла до функціональних можливостей дитини з комплексними порушеннями розвитку та надання їй самостійності займався ерготерапевт.

Наявність технічних засобів для розвитку соціально-побутових навичок та самообслуговування. Соціально-побутові навички потрібно розвивати вже з раннього віку. У більшості дітей з комплексними порушеннями розвитку такі навички, як їсти ложкою, жувати, пити з чашки, одягатися, збирати іграшки, причісуватися тощо, були не сформовані. Деякі навички діти з комплексними порушеннями не могли засвоїти, це залежало від тяжкості первинних порушень. Але в багатьох випадках ці навички формували і в цьому допомагали різні технічні засоби: ложки з широкою ручкою для дитини з ДЦП, окуляри чи лінзи, спеціальні ножі для безпечного нарізання продуктів, наліпки на меблях, картки для комунікації тощо. Навички самообслуговування у дітей з комплексними порушеннями розвитку формувалися на реальних побутових предметах та в реальних ситуаціях. На початку навчання формувалися в ігрових ситуаціях. Щоб утримувати ложку та підносити її до рота, використовували такі попередні ігри: хапання ложки, перекладання ложок та виделок у різні коробки, пересипання ложкою квасолі або крупи у тарілку, стукання ложкою по столу, піднімання ложки вгору, переливання ложкою води з однієї тарілки в іншу, ігри з ложкою у воді, піднесення пустої ложки до рота тощо.

Всі умови тісно були взаємопов'язані між собою та доповнювали одна одну. Реалізація цих умов забезпечила активне навчання дитини та ефективний розвиток дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Головні цілі корекційного індивідуального психолого-педагогічного супроводу – це забезпечення дитині належних умов навчання та виховання на рівні з іншими дітьми, соціалізація та інтеграція дитини в суспільстві, надбання дитиною соціальних навичок, які необхідні для життєдіяльності в суспільстві.

Всі зазначені вище умови впровадження були реалізовано в етапах організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

3.2. Етапи організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку

В рамках нашого дослідження було розроблено структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу в умовах індивідуального навчання. Структура індивідуального психолого-педагогічного супроводу складалася з певних етапів.

Етапи організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу базувалися на принципах корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мали комплексні порушення розвитку.

Індивідуальне навчання було організоване за такими спеціально-педагогічними принципами, які враховували складну структуру комплексного порушення дітей.

Було узагальнено спеціальні та загальнопедагогічні принципи навчання дітей, які мали порушення розвитку та розділено принципи навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку на три групи:

- загальнодидактичні принципи, які набували особливої специфіки в їх реалізації у навчанні дітей з комплексними порушеннями;
- спеціальні принципи, які були спільними для дітей з одиничними та комплексними порушеннями психофізичного розвитку;
- специфічні принципи, які були обов'язковими у навчанні дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Зокрема, проблема принципів спеціальної дидактики висвітлена у роботах К. Глушенко [47], О. Граборова [51], Г. Дульнєва [56], Л. Занкова [67], І. Єременка [59], В. Липи [89], О. Литвака [92], М. Матвєєвої [98], С. Миронової [98], Б. Пузанова [119], В. Синьова [142], Є. Синьової [143], С. Федоренко [154] та ін.

До *загальнодидактичних принципів* відносимо:

- Діяльнісний принцип у навчанні;
- Принцип єдності вимог у навчанні та вихованні;
- Принцип співпраці батьків та педагогів;
- Принцип унаочнення.

Розглянемо ці принципи та їх реалізацію в індивідуальному психолого-педагогічному супроводі дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Діяльнісний принцип у навчанні дітей з комплексними порушеннями розвитку був одним із основних серед загальнодидактичних принципів. Розглядали у своїх працях діяльнісний принцип та підхід у навчанні такі вчені як О. Леонт'єв, Л. Виготський [42], Л. Занков [67] тощо. Він полягає в тому, що дитина отримує знання з усіх видів діяльності: предметної, ігрової, навчальної. Для дітей з комплексними порушеннями розвитку предметна та ігрова діяльність були найголовнішими. Ігрова діяльність була розтягнутою в часі та відбувалася протягом усіх навчальних років. При комбінованому порушенні зору та інтелекту предметна лишалася тим видом діяльності, який потребував постійного коригування, вдосконалення та розвитку. Діяльнісний принцип передбачав розвиток особистості через залучення дитини з комплексними порушеннями розвитку до усіх посильних видів діяльності. З самого народження дитина з комплексними порушеннями розвитку мали пізнавати оточуючий світ рухаючись та стикаючись із новими предметами. Але діти даної категорії після народження були в'ялими, слабкими, або гіперактивними та неспокійними. Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку намагалися зробити їх простір нетравматизуючим, що в подальшому призвело до ізоляції від навколишнього середовища. Дитина з комплексними порушеннями розвитку мала пройти всі ті ж етапи розвитку, що й дитина, що розвивається у нормі. Але ці етапи не відповідали етапам розвитку дитини у нормі. Перший етап розвитку був коригуванням поведінки та емоційно-вольової нестабільності дитини. Далі етапи діяльності розвивалися, як у нормі. Перехід від однієї діяльності до іншої не мало вікових обмежень, а характеризувалося індивідуальними особливостями кожної дитини окремо.

Принцип єдності вимог у навчанні та вихованні дитини з комплексними порушеннями розвитку був обов'язковим серед загально дидактичних принципів (В. Онищук, В. Паламарчук). Він передбачав використання єдиної системи виховання серед батьків та педагогів. Більшість дітей з комплексними

порушеннями сприймали чітку та конкретну вербальну інструкцію у процесі навчання і виховання. Якщо батьки та педагоги мали єдині вимоги до дитини, то вона розвивалася відповідно до свого рівня. Але часто в сім'ях, де була дитина з комплексними порушеннями розвитку, вимоги до виховання у членів сім'ї були неоднакові. Інколи батьки, або бабусі чи дідусі, виражали надмірну турботу про дитину – гіперопіку, що ставало руйнівною для розвитку дитини. Гіперопіка проявлялася в намаганні батьків зробити все за дитину, що в подальшому вплинуло на її самостійність та навчання. Особливо, гіперопіка проявлялася у ранньому віці дитини. У дітей з нормотипічним розвитком формувалися навички самообслуговування, побутові навички, навички по догляду за собою, певні рухові, ігрові навички. Водночас у дітей з комплексними порушеннями розвитку ці навички не формувалися та не розвивалися, а батьки зосереджувалися тільки на їхньому лікуванні. Як наслідок, всі ці навички виявилися несформованими до молодшого шкільного віку. Аналогічно відбувалося і з різними підходами до навчання та виховання батьків і педагогів. Дитина не засвоїла соціально-прийнятні моральні норми поведінки, що негативно відбивалося на подальшому навчанні та розвитку. Принцип єдності вимог у навчанні і вихованні дітей з комплексними порушеннями розвитку потребував:

- єдиного режиму роботи дитини;
- єдиних прийомів виховання та навчання;
- єдиних вимог до дитини;
- відвідування занять батьками для подальшого навчання;
- вироблення єдиної системи методів і прийомів навчання;
- усунення гіперопіки чи гіпоопіки дитини;
- єдиної системи корекції поведінки;
- формування навичок самообслуговування та соціально-прийнятих моральних норм поведінки.

Принцип співпраці батьків та педагогів був обов'язковим у індивідуальному психолого-педагогічному супроводі дітей з комплексними порушеннями розвитку. Цей принцип тісно пов'язаний із навчанням та

вихованням дитини. Співпраця батьків та педагогів починалася одразу з першого контакту вчителя з родиною, де була дитина з комплексними порушеннями. Перші півроку індивідуального навчання батьки відвідували заняття і вивчали методи і прийоми роботи зі своєю дитиною, вчилися взаємодіяти та спілкуватися з дитиною. Навчанням батьків займалася мультидисциплінарна команда навчального закладу. Також, батьки виконували всі завдання з дитиною після уроків, що стало закріпленням знань та автоматизацією набутих вмінь. Зокрема, головним було навчити батьків розуміти потреби своєї дитини та сформувати навички із самообслуговування, догляду за собою, знайти способи спрощення тієї чи іншої дії в залежності від індивідуальних можливостей дитини. Співпраця була головним принципом для подальшої корекційно-розвивальної роботи з дитиною. Налагоджена співпраця педагогів, батьків та їх родичів була показником ефективності корекційного навчання дитини. Спеціальний педагог використовував різні прийоми навчання і виховання у своїй роботі. Перші заняття були спрямовані на вивчення інтересів дитини, поведінки, способів роботи. Необхідним була участь батьків у проведенні відеозйомок для подальшого аналізу вчителем, підтримка методів і форм роботи, які на початку корекції були експериментальними. Без співпраці батьків та педагогів не можливо було виробити єдину навчальну стратегію щодо розвитку дитини.

Принцип унаочнення навчальної діяльності був основним серед загальнодидактичних принципів саме для дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку. Описаний цей принцип О. Литваком [92] та залежить від залучення органів чуття учнів до сприймання навчального матеріалу. Для дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку наочність була важливою та необхідною у процесі навчання. Наочність була підібраною з урахуванням усіх первинних порушень. Для дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору наочність була натуральною та природньою, відповідала реальним розмірам предметів. Представлені картинки та зображення враховували особливості зорового сприймання дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Предмети для сприймання навчального матеріалу були представлені для тактильного, нюхового, слухового та зорового сприймання. Підбір наочного матеріалу підбирався індивідуально, з урахуванням можливостей дитини. Наочні засоби для дітей з комплексними порушеннями розвитку не були стандартизованими. Це були тактильні картинки, книги, зошити, тактильні коробочки, сенсорні картки, а також різні предмети побуту: макарони, залізо, пінопласт, виделки, ложки, тарілки тощо.

До *спеціальних принципів* відносимо:

- Принцип орієнтування на всі первинні порушення в навчально-корекційній роботі;
- Принцип індивідуального підходу у навчанні та вихованні дітей з комплексними порушеннями розвитку;
- Принцип орієнтування на зону найближчого розвитку дитини;
- Принцип корекційного спрямування навчально-виховного процесу;
- Принцип полісенсорної основи навчання.

Принцип орієнтування на первинні порушення в навчально-корекційній роботі був обов'язковим у роботі з дітьми, які мали комплексне порушення опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. На цьому принципі наголошували такі вчені-дослідники як Л. Витоський [42], В. Лубовський [93] та інші. Спеціальний педагог враховував структуру первинних порушень, взаємоускладнення вторинних відхилень, визначав взаємозв'язок між ними та наслідки, які викликали перешкоди до навчання дитини. Тільки орієнтуючись на всі первинні порушення та їх вторинні відхилення можливо було зробити корекційну роботу доступною та ефективною. Наприклад, для того, щоб навчити дитину читати необхідно було знати рівень її зорових, інтелектуальних, рухових та мовленнєвих можливостей. Від зорового порушення залежав вибір виду читання: шрифтом Брайля чи плоскодруківаним шрифтом, розмір літер при читанні. Від інтелектуального порушення залежала здатність дитини засвоїти навички читання та письма. Від рухового порушення залежало, як дитина буде читати: вказівним пальцем по рядочку, простежувати тільки очима через

спастичність обох рук, читати по складах тощо. Від мовленнєвого порушення залежало, чи зможе дитина читати вголос, мовчки, глобальним читанням тощо. Під час розробки індивідуального календарно-тематичного навчального планування рахувалися первинні порушення та вторинні відхилення. В індивідуальному навчанні спеціальний педагог орієнтувався на специфіку взаємопоєднання вторинних відхилень.

Принцип індивідуального підходу у навчанні та вихованні дітей з комплексними порушеннями розвитку був провідним та основоположним серед інших принципів. Дослідженням питань індивідуального підходу до учнів як засобу розвитку їх пізнавальної активності та самостійності, проблемного характеру навчання займалися Л. Арістова, І. Огородніков, М. Данілова, М. Махмутова, Д. Вількеєв, Н. Половнікова, А. Кірсанов та інші. Через неоднорідну структуру комплексних порушень діти мали різний рівень розвитку. Тому під час розробки індивідуальних навчально-календарних планів не використовувалися одні й ті ж методи, прийоми та форми роботи з усіма дітьми. Індивідуально підбиралися методи виховання та стимулювання, засоби навчання, наочність тощо. У процесі роботи з дітьми спеціальний педагог звертав увагу на індивідуальні особливості сприймання, мислення, пам'яті, уваги, уяви, мовлення, темпераменту, характеру, пізнавальних можливостей та інтересів дитини. Індивідуальний підхід здійснювався не тільки у навчанні, а й у вихованні та корекції. Орієнтуючись на первинні порушення дитини, вчитель визначав індивідуально умови навчання, структуру занять, навантаження, підбирав наочні посібники тощо. Індивідуальний підхід повноцінно реалізовувався в індивідуальному календарно-тематичному плані, який складали спеціалісти, що працювали з дитиною.

Принцип орієнтування на зону найближчого розвитку дитини був необхідним для подальшого написання індивідуальних календарно-тематичних планів та програм. Цей принцип був описаний Л. Виготським [44]. Діти з комплексними порушеннями мали різний рівень розвитку. Психолого-педагогічна діагностика дитини визначала її функціональний рівень розвитку. Спеціальний

педагог визначав функціональний рівень розвитку дитини, а потім будував корекційну роботу відповідно до можливостей дитини. Рівень функціонального розвитку визначав як обсяг знань і вмінь, які сформувались у дитини в момент дослідження на основі дозрілих психічних функцій. Зона найближчого розвитку або потенційний рівень – здатність дитини до оволодіння новими знаннями. Саме розроблена нами комплексна діагностична психолого-педагогічна методика та опитувальник для батьків змогли оцінити функціональний рівень розвитку й показати перспективи зони найближчого розвитку дитини, надати повноцінну інформацію за трьома сферами розвитку.

Принцип корекційної спрямованості розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку передбачав підготовку дитини з комплексними порушеннями розвитку до повноцінного життя в сучасному суспільстві. Цей принцип був описаний О. Граборовою [51], Г. Дульневим [56], І. Єременком [61], Н. Коняєвою [119], Г. Мерсіяною [61], М. Матвєєвою [98], С. Мироною [132], В. Синьовим [142] та ін. В навчанні враховувалися індивідуальні можливості кожної дитини та ставилися об'єктивні цілі, яких можна було досягти. Корекція психофізичного розвитку відбувалася на кожному уроці, а не тільки на корекційному занятті. У навчально-виховному процесі дітей з комплексними порушеннями розвитку головною була корекція вторинних відхилень. Враховувалися всі первинні порушення, які накладали свій відбиток на кожне вторинне відхилення. Вивчення складної структури комплексного порушення було важливим етапом у роботі спеціального педагога. Одним із основних завдань у роботі спеціального педагога також була корекція поведінки дитини з комплексними порушеннями розвитку та розуміння причин поведінкових порушень. У дітей з комплексними порушеннями розвитку спостерігалися такі види поведінки: агресивна, гіперактивна, тривожна та девіантна. Також, спеціальний педагог здійснював корекцію та розвиток психічних та пізнавальних процесів.

Принцип полісенсорної основи навчання реалізувався протягом усього періоду навчання та виховання дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Принцип описаний на основі наукових праць А. Граборова [51], Г. Дульнєва [56], І. Єременка [61]. Даний принцип передбачав використання всіх збережених аналізаторів та розвиток компенсаторних можливостей дитини. Діти з комплексними порушеннями розвитку мали тяжкі первинні порушення. Це глибокі порушення зору, інтелекту, тяжкі порушення опорно-рухового апарату, мовлення тощо. Діти самотійно не пересували, не рухали руками та ногами, не користувалися залишковим зором або слухом, часто не утримували голову, не розмовляли. Тому в процесі корекційно-розвивальної роботи спеціальний педагог спрямовував діяльність на збережені аналізатори та компенсацію первинних порушень. Це були різні види сприймання: соматичне, тактильне, температурне, вібраційне, вестибулярне. Спеціальний педагог працював з тулубом, руками та ногами, обличчям дитини. Через різні види сприймання давав новий сенсорний досвід, навчав новим формам діяльності та пізнання навколишнього середовища. Даний принцип передбачав максимальне збагачення сенсорного досвіду дитини. В процесі корекційно-розвивальної роботи спеціальний педагог використовував комплекс методів та вправ для формування цілісного образу про об'єкти та явища навколишнього середовища. Спеціальний педагог працював через шкіру й тактильні відчуття з:

- кордонами тіла дитини;
- положенням тіла у просторі;
- соматичною стимуляцією;
- елементарними уявленнями дитини про власне тіло, частини тіла;
- елементарними уявленнями про предмети навколишнього середовища тощо.

Окремо, виділили принципи в процесі здійснення діагностичного обстеження й корекційної роботи з дітьми з комплексними порушеннями розвитку.

До таких *специфічних принципів* відносимо:

- Принцип переходу від пасивного до активного навчання;
- Принцип постійної підтримки та мотивації;
- Принцип комплексної взаємодії учасників корекційно-реабілітаційного процесу;

- Принцип індивідуального підбору засобів комунікації та підтримки комунікативної взаємодії.

Принципи виділені та описані нами на основі наукових праць К. Глушенко [49], Г. Дульнєва [56], І. Єременка [59], Л. Занкова [67], Г. Мерсіянової [61], С. Миронової [114], В. Синьова [142] та інш.

Принцип переходу від пасивного до активного навчання був одним із головних принципів у навчально-корекційній роботі з комплексними порушеннями розвитку. Більша кількість дітей з комплексними порушеннями розвитку мали тяжкі первинні порушення. Тому перші кроки корекційного навчання відбувалися за постійною допомогою дорослого. Якщо дитина не могла рухати руками чи хапати предмети, то педагог самостійно рухав руками дитини та вкладав предмети в долоні дитини. Якщо дитина не говорила, то педагог обов'язково проговорював самостійно всі дії дитини. Таке «пасивне навчання» відбувалося протягом адаптаційного періоду до навчально-виховного процесу. Причиною цього було те, що більшість дітей з комплексними порушеннями розвитку не відвідували дошкільних закладів освіти і тому виявилися не підготовленими до подальшого навчання у школі. А у дітей, які мали тяжкі первинні порушення, «пасивне навчання» переважало. Більшість дітей самостійно не пересувалася, у них виникали труднощі із використанням частин тіла. Ці діти повністю були зорієнтовані на допомогу інших людей в основних областях життєдіяльності через істотні обмеження функціонування всіх частин тіла. Через таке навчання педагог надавав дитині можливість пережити пасивний досвід, включаючи всі органи відчуттів. Цей принцип відрізнявся від навчання дітей з психофізичними порушеннями розвитку. Навчання відбувалося способом «рука в руці» протягом тривалого періоду, поки дитина не навчилася самостійно рухати руками та контролювати їх. Таким чином, відбувався перехід від пасивного до активного навчання.

Принцип постійної підтримки та мотивації передбачав підтримання зацікавленості дитини з порушеннями зору та інтелекту в процесі комунікації та корекційно-виховної роботи. Кожна дитина з комплексними порушеннями

розвитку потребувала постійної стимуляції з боку дорослого у навчанні. Кожне завдання чи корекційна вправа потребувало багаторазового повторення. Також, мотивація дитини була необхідною у корекційному процесі. Аналізуючи відеозаписи режимних моментів вдома та перші заняття з дитиною, педагог вивчав інтереси та вподобання дитини, на які можна в подальшому спиратися у навчанні. Необхідно відмітити, що інтереси дитини з комплексними порушеннями змінювалися із її розвитком. Дітям з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору подобалися звукові стимуляції: різні музичні треки, плескання в долоні, вібрація з гучним звуком на парті дитини, стукання м'яча по підлозі, шуршання фантиками, гра на музичних інструментах, клацання язиком. Але було визначено, що не всі діти мали інтерес до звукових подразників. Були діти з гіперчутливістю до звукових подразників, тому підбір стимуляції та мотивації до навчання був індивідуальний. Деякі діти з комплексними порушеннями розвитку проявляли підвищений інтерес до їжі. Їжа була стимулом до навчання тільки на початковому етапі, а після спеціальний педагог поступово змінював зацікавлення дитини до інших предметів чи іграшок. Навчання дитини з комплексними порушеннями розвитку відбувалося тільки на зацікавленості та постійній підтримці. Дитину часто хвалили за будь-який рух тілом чи частинами тіла, якщо дитина була малорухливою. Негативні оцінки та коментарі в навчанні дитини з комплексними порушеннями розвитку виключилися. Різні форми заохочення були однаковими від усіх учасників освітнього процесу дитини: батьків, вчителів, медиків. Це була усна похвала, плескіт в долоні, компліменти, схвалення, подарунки.

Принцип комплексної взаємодії учасників корекційно-реабілітаційного процесу був фундаментальним принципом серед інших у навчанні та вихованні дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору. У своїх роботах мультидисциплінарний підхід розглядали М. Фірсов, Б. Шапіро. У системі індивідуального навчання обов'язковою умовою був трикутник взаємодії (партнерства): вчитель-дитина-батьки. Всі навчальні заняття дитини відвідували батьки чи родичі з метою подальшого закріплення знань та

вмінь, а також забезпечення єдиного виховного підходу до дитини. Єдиний підхід у навчальному процесі був найефективнішим інструментом розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку. Тому обов'язковою була консультація батьків та інших родичів, які приймали участь у вихованні та розвитку дитини.

Також, цей принцип передбачав роботу спеціалістів різних галузей, яка була об'єднана однією проблематикою та спрямована на успіх у корекційно-реабілітаційному процесі дитини з комплексними порушеннями психофізичного розвитку. Це були спеціалісти освітньої, медичної, правової, реабілітаційної галузей. Це робота мультидисциплінарної команди не тільки загальноосвітнього закладу, а й медичного та реабілітаційного. Дитині з порушеннями зору було надано постійне консультування офтальмолога та рекомендації спеціальному педагогу, який займався з нею. Дитині з порушеннями опорно-рухового апарату було надано постійне консультування невролога та рекомендації ерготерапевта щодо стільчика, вертикалізатора, столу для навчання, утримувача ручки для письма, ліжка, адаптування побутових приладів тощо. Дитині з порушенням мовлення було надано постійне консультування та корекційні заняття логопеда. Дитині з порушеннями інтелекту було надано консультування та постійні заняття з корекційним педагогом. Також спеціальний педагог, який навчав навичкам соціально-побутового орієнтування, навичкам самообслуговування тощо. Реабілітолог мав за мету навчити дитину навичкам ходьби, стрибання, навичкам користування частинами тіла. Заняття з психологом були з метою корекції поведінки, розвитку психічних процесів та налагодження взаємодії між батьками та дитиною. Психотерапевтична допомога була обов'язковою для родини, в якій виховувалася дитина з комплексними порушеннями розвитку. Були надані консультації юриста з правової допомоги, вирішення питань з документацією, таких як індивідуальна програма реабілітації (ІПР), типові соціально-реабілітаційні програми тощо. Дитині з комплексними порушеннями психофізичного розвитку була надана допомога всіх цих спеціалістів у вирішенні питань навчання, виховання та реабілітації. І тільки злагоджена робота спеціалістів, яка починалася з народження дитини, змогла зростити майбутнього

громадянина нашої держави. Мультидисциплінарний підхід, на нашу думку, зміг забезпечити своєчасне виявлення усіх недоліків і створити належні умови для навчання, виховання та розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Принцип індивідуального підбору засобів комунікації та підтримки комунікативної взаємодії був одним із головних у навчально-корекційній роботі з дітьми, які мали комплексні порушення розвитку. Цей принцип розглядали такі вчені як К. Глушенко [49], І. Мартиненко [101] тощо. Діти даної категорії мали різні мовленнєві порушення: дизартрія, дислексія, алалія, сенсомоторна алалія, дислалія тощо. У більшості дітей даної категорії спостерігалось відсутнє мовлення та вокалізації. Діти даної категорії, у яких за різними причинами мовлення відсутнє, потребували альтернативної комунікації, або діти, у яких мовлення розвинуте недостатньо, потребували підтримуючої (допоміжної) комунікації. Навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку за допомогою засобів альтернативної комунікації значно підвищило рівень їх соціалізації, покращило якість життя, розвивало самоповагу й надало можливість відчувати себе повноцінною особистістю.

Були використано такі сучасні засоби альтернативної та допоміжної комунікації, які представлені трьома основними групами:

1. Найпростіші засоби: предмети, жести, фотографічні та інші зображення, символи. Вони допомагали виражати потреби, які стосувалися життєдіяльності особи, отримання уявлень про послідовність подій протягом визначеного проміжку часу, а також оволодіння основними мовними структурами. Спеціальними педагогами було використано стандартизовані набори символів: Бліссимволіка (автор Чарльз Блісс, Канада), Леб-система (Райнхольд Леб, Германія) та інші.

2. Засоби комунікації з використанням простої техніки, засобів (селективні): що відтворювали мовні повідомлення, серед яких іграшки, що розмовляли, а також електронні записники, фотоальбоми, комунікатори і т. п. За їхньою допомогою створювали та зберігали в пам'яті пристроїв голосові

повідомлення, і у такий спосіб створювали умови для активного спілкування дітей зі значними порушеннями мовлення.

3. Багатофункціональні засоби комунікації на основі складних технічних пристроїв, таких як: сенсорні екрани, синтезатори мовлення та інші. Вони забезпечували значне розширення словникового запасу, дозволяли задавати тему розмови та одночасно об'єднувати декілька тем, робили можливим спілкування на відстані, спрощували спілкування в групі та по телефону [101].

Вибір певної системи комунікації істотно полегшував навчання дитини з комплексними порушеннями розвитку, а також підтримував розвиток мовлення. Альтернативні та допоміжні комунікативні засоби були засобом спілкування з дітьми та розумінням їхніх потреб. Альтернативні та допоміжні засоби комунікації підбиралися, враховуючи інтелектуальні можливості кожної дитини.

Усі принципи взаємопов'язані між собою, доповнюють один одного, є гарантією ефективної індивідуальної корекційної роботи з дитиною. Ці принципи були враховані при складанні індивідуального навчального календарно-тематичного плану дитини з комплексними порушеннями розвитку та при організації індивідуального навчання дитини у спеціальному закладі.

Описані вище принципи стали фундаментальною основою організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Етапи організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу передбачали конкретні принципи, форми, засоби, методи та умови впровадження індивідуального навчання, за допомогою яких здійснювалося більш глибоке пізнання педагогічних проблем навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку та їх розв'язання.

Індивідуальний психолого-педагогічний супровід проводився у чотири етапи, які представлені у Рис 3.1.:

- **підготовчий етап;**
- **діагностичний етап;**
- **етап розробки та реалізації ІКТНП/ПР;**

- етап контролю та внесення змін.

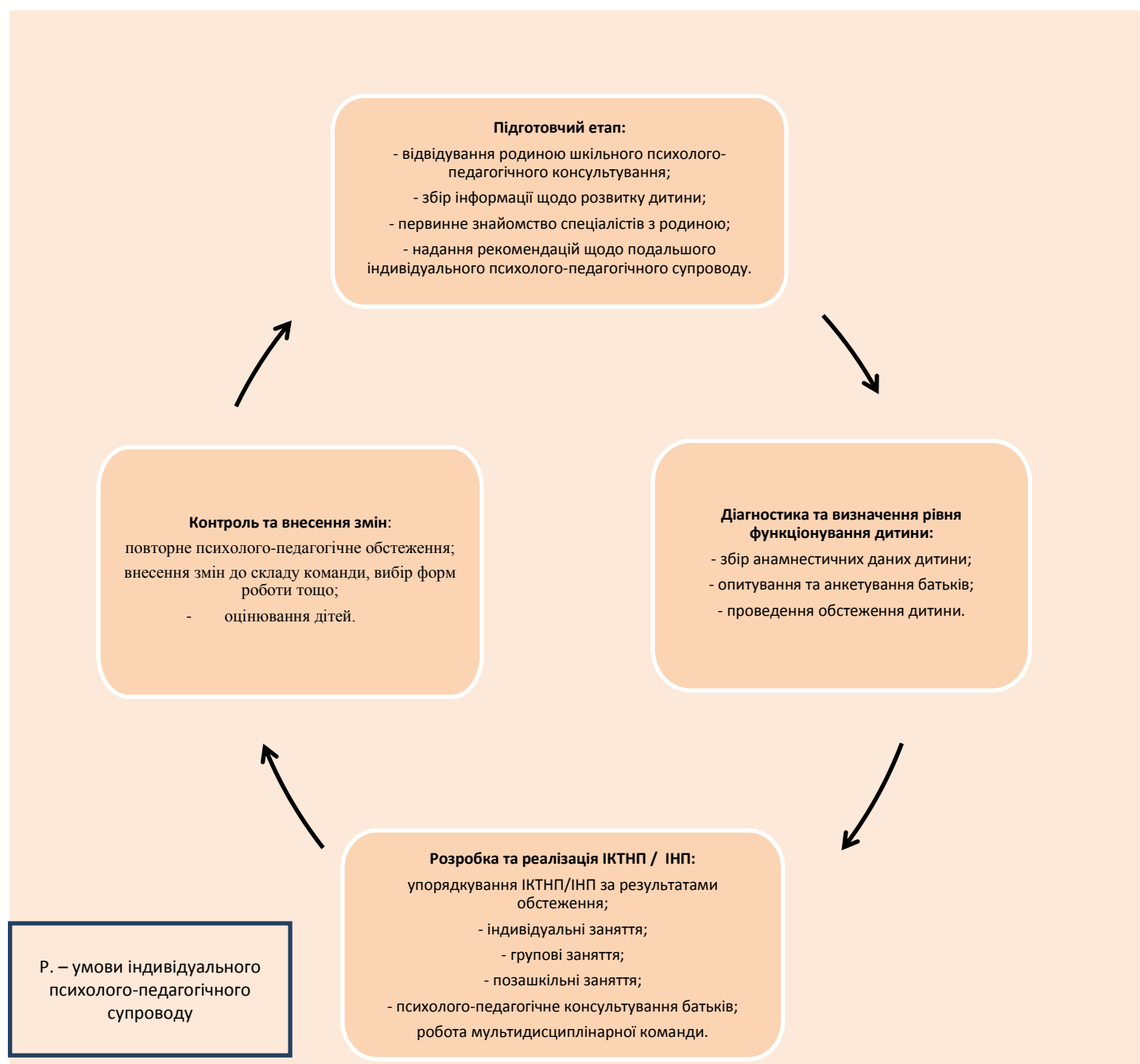


Рис. 3.1. Етапи індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями розвитку

На кожному з цих етапів реалізовувалися умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу. Наприкінці було проведено зріз для перевірки ефективності запропонованих психолого-педагогічних умов впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Метою **підготовчого етапу** було знайомство з родиною, в якій виховується дитина з комплексним порушенням розвитку, психологічне й педагогічне консультування батьків. Його метою був збір інформації й підготовка родини до співпраці з мультидисциплінарною командою. Цей етап містив такі складові:

- відвідування родиною шкільного психолого-педагогічного консультування;
- збір інформації щодо розвитку дитини;
- первинне знайомство спеціалістів з родиною;
- надання рекомендацій щодо подальшого індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Психолого-педагогічне консультування передбачало:

- обговорення роботи дитини на занятті та за межами заняття;
- надання рекомендацій щодо закріплення навчального матеріалу;
- надання рекомендацій щодо обладнання робочого місця дитини;
- надання рекомендацій щодо формування соціально-побутових навичок;
- складання та обговорення режиму дня дитини;
- обговорення впливу медикаментозних препаратів чи лікувальних засобів на загальний стан дитини;
- ведення журналу запитань від батьків;
- обговорення прогулянок та культурних заходів для дитини з комплексними порушеннями розвитку;
- надання консультацій стосовно індивідуальної програми реабілітації (ІПР);
- надання консультацій з елементарної правової обізнаності, знання про закони, накази, державні стандарти, типові програми для дітей з інвалідністю.

Організація індивідуального психолого-педагогічного супроводу починалася із зарахування дитини до загальноосвітнього навчального закладу. На індивідуальне навчання зараховували дітей з тяжкими соматичними та психофізичними порушеннями, з комплексними та множинними порушеннями.

Після зарахування учня проводилася шкільна психолого-педагогічна консультація, яка призначала вчителя або декількох вчителів для його навчання

вдома. Для дитини було передбачено таких спеціалістів: основний спеціальний педагог (тифлопедагог/корекційний педагог/сурдопедагог), логопед, психолог, сенсорний терапевт, ерготерапевт, інструктор з ЛФК тощо. Якщо дитина мала тяжкі первинні порушення, то вона підлягала детальному обстеженню. Вивчалися та аналізувалися умови розвитку та виховання в родині, психологічний стан родини, умови проживання та матеріально-технічні засоби вдома. Надавалися рекомендації щодо створення умов для ефективного розвитку дитини, реалізації прав дитини з інвалідністю, ведення індивідуальної програми реабілітації. Знайомилися з родиною дитини та самою дитиною. Команда спеціалістів знайомила з індивідуальною справою дитини, медичними виписками, характеристикою та іншими документами, аналізували поведінку дитини із домашньої відеозйомки.

Метою **діагностичного етапу** було провести експериментальну психолого-педагогічну діагностичну методику, яка була детально представлена у 2 Розділі, та визначити рівнів функціонування її моторної, зорової та інтелектуальної сфер.

Складові діагностичного етапу були такі:

- збір анамнестичних даних дитини;
- опитування та анкетування батьків;
- проведення вивчення дитини.

Метою **етапу розробки та реалізації ІКТНП/ІПР** було на основі обстежених навичок, поведінки дитини, психологічної готовності до навчання розробити індивідуальну навчальну програму або індивідуальний календарно-тематичний навчальний план на рік.

Нами розроблено рекомендації щодо складання індивідуального календарно-тематичного навчального плану, який складався за результатами комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики, та його структури.

Підготовчий етап розробки індивідуального навчального плану передбачав:

- вивчення документації дитини: особової картки, характеристики, висновків ПМПК, вивчення психолого-педагогічного діагнозу дитини, картки здоров'я та розвитку дитини;
- проведення анкетування, опитування, бесіди з батьками;
- проведення заняття та встановлення контакту дитини з дорослим та мотивації на наступне заняття;
- проведення опитування та інтерактивних методик для діагностування дитини протягом двох тижнів навчальних занять;
- аналіз відеоматеріалів режимних моментів дитини, занять з батьками та вчителем;
- визначення первинних порушень та вторинних відхилень, можливі корекційні заняття з дитиною, складання картки складної структури комплексного порушення дитини (Додаток С);
- визначення навчальної програми, за якою навчатиметься дитина, та порівняння її з можливостями учня для подальшої розробки індивідуального навчального плану.

Основний етап розробки індивідуального календарно-тематичного навчального плану передбачав:

- обстеження умов життя дитини та надання рекомендацій щодо створення адекватних умов для навчання та розвитку дитини;
- надання рекомендацій щодо створення навчальних та наочних посібників відповідно стану зорових функцій дитини (підбір наочності; тексти, літери, цифри відповідного розміру; підібрані відповідні контрастні кольори; малюнки зроблені без великої кількості деталей, гумовий стопер для оклюзії тощо);
- надання рекомендацій щодо придбання технічних засобів для дитини відповідно до її рухових можливостей (біфункціональний пюпітр, утримувач для ручки, олівця, пензлика, шорохуватий пластик для покриття стола, щоб предмети не ковзали по столу від мимовільних рухів дитини, предмети та

іграшки для роботи з дерева чи твердої пластмаси, навантажувачі на руки, магнітна дошка тощо);

- обговорення змісту індивідуального навчального плану зі всіма спеціалістами для внесення спільних тем у план;

Заключний етап розробки індивідуального навчального плану передбачав:

- розроблений план здається на перевірку заступнику директора школи та затверджується на рік;

- ознайомлення батьків дитини з індивідуальним планом, внесення можливих змін;

- розробка конспектів уроків за темами та ведення картки динаміки розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Також, були розроблені *вимоги щодо змісту та викладання індивідуального навчального календарно-тематичного плану*:

- індивідуальний план розроблявся по кожному навчальному предмету з обов'язковим урахуванням трьох первинних порушень;

- складні теми розбивалися на декілька простих у відповідності до інтелектуальних можливостей дитини;

- навантаження за навчальними темами було дозоване відповідно до можливостей кожної дитини;

- вивчення кожної нової навчальної теми супроводжувалося закріпленнями попередніх тем;

- після 3-4-ох вивчених тем в план вносився підсумковий урок з повторення та закріплення цих тем;

- розроблені теми співпадали з темами різних навчальних предметів;

- уроки в більшості носили практичний характер, недопустимим було читання матеріалу тільки для слухового сприймання;

- уроки розроблялися з використанням всіх збережених аналізаторів дитини;

- на більш складні теми відводилося більше годин;

- підбиралася література, яка буде адекватною до можливостей дитини, враховуючи її три первинні порушення.

Індивідуальний календарно-тематичний план складався мультидисциплінарною командою, яка працювала з дитиною та батьками.

Індивідуальний календарно-тематичний навчальний план був основним документом, що регулював навчально-виховний процес, який складався та затверджувався у відповідності до чинних вимог Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України. Робочий навчальний план розроблявся на основі індивідуального календарно-тематичного навчального плану та відповідно затверджувався. Індивідуальний календарно-тематичний навчальний план розроблявся на основі затверджених Міністерством освіти і науки навчальних програм.

Спеціальні педагоги розробляли індивідуальний навчальний календарно-тематичний план, добирали підручники, навчальні посібники, яким надано гриф Міністерства освіти та науки України, науково-методичну літературу, дидактичні матеріали, педагогічні технології, що мали забезпечувати отримання освіти на рівні державних стандартів.

Індивідуальний психолого-педагогічний супровід за розробленим індивідуальним календарно-тематичним навчальним планом відрізнявся від спеціальної програми для дітей з одиничними порушеннями такими особливостями:

- Навчання ґрунтувалося на розвиткові сприймання через збережені аналізатори.
- Застосовувалися спеціальні засоби корекції моторної, зорової та інтелектуальної діяльності дитини.
- Використовувалося постійне стимулювання дитини та мотивація до навчального процесу.
- Навчання соціально-побутових навичок було важливим завданням у навчально-виховному процесі.
- Начально-виховний процес вимагав багаторазового повторювання.

- Начально-виховний процес складався індивідуально, враховувалися можливості кожного учня окремо.
- Навчання починалося з комплексної психолого-педагогічної діагностики дитини.
- Корекція вторинних відхилень відбувалася з врахуванням усіх первинних порушень, їх тяжкості та накладання одне на одне.
- Успіхом у навчанні були найменші результати.
- Оцінювання проводилося за можливостями дитини, враховуючи старанність, активність та інтерес.
- Застосовувалися навчальні засоби, які адаптувалися до можливостей дитини з комплексними порушеннями розвитку.
- Використовувалися нестандартні прийоми у роботі для досягнення ефективних результатів.

У випадках, коли учні мали тяжкі комплексні порушення психофізичного розвитку (тетрапарези, парапарези, гіперкінетичні розлади, дизартрію, дисграфію, дислексію, акалькулію, алалію) та не могли засвоїти індивідуальний календарно-тематичний план з окремих предметів або опанувати певний вид діяльності, педагогічна рада школи за поданням шкільної психолого-медико-педагогічної комісії та погодженням з батьками (особами, які їх замінювали) приймали рішення про переведення таких учнів на навчання за індивідуальними навчальними програмами з предметів базового компоненту освіти чи з окремого предмету(ів).

Визначено такі відмінності індивідуальної програми від індивідуального календарно-тематичного плану:

- складався з урахування можливостей дитини за трьома сферами: моторною, зоровою та інтелектуальною;
- не була обов'язковою у вивченні всіх навчальних дисциплін;
- обиралися навчальні предмети, які може засвоїти дитина;

- ставилися цілі, які мали першочергове значення для дитини: піднімати голову, рухати руками, брати в руку предмет, користуватися зором, вчитися говорити, їсти тощо;
- розроблялася для підтримування життя дитині, яка мала тяжкі первинні порушення розвитку;
- розроблялася для навчання спілкуванню з іншими людьми чи дітьми;
- була довготривалою корекцією проблемної поведінки та розвитку моральних норм у поведінці тощо.

Усі діти I-ої групи та більшість дітей II-ої групи, які були нами обстежені, потребували індивідуальної програми навчання.

Індивідуальна навчальна програма була важливою в освіті дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, створює для неї можливість отримання освіти й не відкидає її поза межі навчального середовища.

Реалізація ІКТНП/ІПР здійснювалася у таких формах роботи:

- індивідуальні заняття;
- групові заняття;
- позашкільні заняття;
- психолого-педагогічне консультування батьків;
- робота мультидисциплінарної команди.

Індивідуальні заняття для дітей з комплексними порушеннями розвитку проводилися спеціальним педагогом. Заняття проводилися відповідно до індивідуального календарно-тематичного навчального плану або індивідуальної навчальної програми.

Тривалість занять у підготовчому класі складала 30 хв., 1-ому і 2-ому класі - 30 хвилин, 3-ому та 4-ому класі – 40 хвилин. Розподіл тривалості занять залежав від адаптаційного періоду дітей з комплексними порушеннями розвитку до навчально-виховного процесу. Адаптування дітей до занять розтягувалося в часі та потребувало певних зусиль від спеціального педагога. Причому заняття в підготовчому класі могли починатися і з 5 хвилин. Якщо дитина не могла висидіти усі 30 хвилин на перших заняттях, то заняття не продовжувалися.

Протягом двох перших місяців навчання дитини з комплексними порушеннями розвитку проводилися діагностичні заняття. І тільки після продовжувалися заняття із індивідуального календарно-тематичного плану.

Структура індивідуального заняття з дитиною, яка мала комплексні порушення розвитку, відрізнялася від структури занять з дитиною, яка мала зорові порушення. Ці особливості спостерігалися у всьому ході навчальних занять.

Структура індивідуального заняття дитини з комплексними порушеннями розвитку представлена у Додатку Т.

Обов'язковими для реалізації ІКТНП були заняття з іншими фахівцями. Заняття з іншими фахівцями були спрямовані на розвиток фізичної, мовленнєвої, творчої активності. Ці заняття проводилися індивідуально, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини. Це були заняття з ЛФК, розвитку мовлення, творчості, сенсорної інтеграції, психологічні заняття, заняття з соціально-побутового орієнтування тощо. Ці заняття проводилися як вдома, так і в спеціально облаштованому кабінеті.

Позашкільними заняттями були групові або індивідуальні заняття в Центрах соціально-психологічної реабілітації, Територіальних центрах, гуртках тощо. Також діти з комплексними порушеннями розвитку відвідували майстер-класи, концерти, брали участь у різних культурних заходах. Позашкільні заняття були спрямовані на всебічно гармонійний розвиток дитини. Такі заняття розвивали активність та пізнавальний інтерес до навколишнього світу.

Не менш важливими були й інші форми роботи, наприклад, групові заняття для дітей з комплексними порушеннями розвитку. Дитині для ефективного розвитку, навчання взаємодії з однолітками та спілкуванню з іншими дорослими необхідні були групові заняття. Групові заняття були з музичного розвитку, ритміки або танцювально-рухової терапії, трудового навчання, малювання, арт-терапії тощо. Групові заняття відбувалися у спеціальному навчальному закладі в спеціально обладнаному кабінеті.

Психолого-педагогічне консультування батьків було однією із головних складових в організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Сім'ї, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку мають багато проблем, які традиційно розглядаються виключно через призму проблем дитини. Але, як показує спеціально-педагогічна практика, у більшості випадків проблеми з навчанням і вихованням пов'язані з емоційним станом батьків. Спеціальні педагоги в індивідуальному психолого-педагогічному супроводі в більшості приділяли увагу консультаціям з питань навчання і виховання дитини. Але після деякого часу індивідуального навчання батьки починали відкриватися спеціальному педагогу більше, ніж психологу чи психотерапевту, бо саме його вони пускають у свій простір. Тому важливою ланкою в індивідуальному психолого-педагогічному супроводі дитини з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору було визначено психологічну підтримку, яка здійснювалася в двох основних напрямках:

- психологічна підтримка батьків та інших родичів дитини з комплексними порушеннями розвитку;
- психологічна підтримка дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Було визначено розглядати психологічну підтримку батьків як систему заходів, що вживалися в таких цілях:

- Зниження емоційного дискомфорту в зв'язку з комплексними порушеннями дитини;
- Підтримка впевненості батьків у можливостях дитини;
- Формування у батьків адекватного ставлення до психофізичного порушення дитини;
- Збереження адекватних батьківсько-дитячих відносин і стилів сімейного виховання.

Ефективність психологічної підтримки в значній мірі залежали не тільки від рівня професійної кваліфікації спеціального педагога, його професійного і життєвого досвіду, але й від його особистісних якостей. Педагог, що працював з

дитиною з комплексними порушеннями розвитку та їх батьками, володів такими якостями:

- інтересом до людей і терпінням в процесі спілкування з ними;
- емоційною стабільністю і об'єктивністю;
- сенситивністю, емпатичністю;
- повагою до інших людей;
- проникливістю;
- свідомістю професійного обов'язку та ін.

Родина для дитини з інвалідністю – це перше соціальне коло, в якому дитина вчиться будувати відносини та комунікувати з іншими, проявляти свою активність, висловлювати свої думки та передавати їх.

Для того, щоб допомога родині, де виховується дитина з тяжкими первинними порушеннями, була ефективною необхідно зрозуміти, що відбувається з людиною, коли її дитині встановлюють інвалідність та як це впливає на життя родини.

Кожна родина переживає стадії горювання, коли народжується у сім'ї дитина з комплексними порушеннями розвитку. Ці стани переживання горя подовжені в часі та надзвичайно виразні. Тому спеціальний педагог, який проводив індивідуальний психолого-педагогічний супровід дитини з комплексними порушеннями розвитку, визначав етап, на якому знаходилася родина та правильно реагував.

Батьки, які виховували дітей з комплексними порушеннями розвитку, частіше потребували психологічної допомоги, але не зверталися за нею. Спеціальні педагоги пройшли курси із володіння навичками психологічного консультування, однак не виходили за межі своєї компетенції.

Для подолання деструктивних станів спеціальному педагогу було запропоновано такі форми психологічної підтримки:

- психологічні бесіди;
- перегляд відеофільмів;
- психологічне консультування;

- щоденник спостереження;
- психологічне втручання.

Основним прийомом психологічної підтримки були *психологічні бесіди* з батьками. Бесіди надавали можливість налагодити контакт вчителя і батьків, обговорювали психологічні запити, психологічні особливості, психологію виховання дитини з порушеннями психофізичного розвитку, психологію сімейних стосунків. Таким чином батьки отримували достатньо інформації про дитину, відбувалася зміна ставлення батьків до проблем дитини і завдань виховання. У ході таких бесід приділяли особливу увагу не тільки когнітивним і поведінковим аспектам сімейного виховання, а й емоційним аспектам сімейної взаємодії. Знання про емоційні основи виховання дитини сприяли підвищенню життєвого тону батьків, укріплюють їх впевненість у своїх батьківських можливостях догляду за дитиною та її виховання і, головне, посилювали здатність батьків до розуміння складного емоційного світу дитини з комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Ще однією формою психологічної роботи з батьками був *перегляд відеофільмів* про успішних дітей та людей з інвалідністю, методи виховання та навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Дивлячись на успіхи інших дітей, батьки дитини з комплексними порушеннями розвитку починали вірити в свою дитину. Перегляд фільмів супроводжувався обов'язковим обговоренням відеоматеріалів з батьками.

Наступна форма психологічної підтримки було *психологічне консультування* батьків щодо проблем, які виникали у родині. Часто у батьків, які виховували дитину з комплексними порушеннями розвитку, були визначені такі страхи:

- страх народити другу дитину;
- підвищене піклування про стан здоров'я та навчання другої дитини, яка розвивається нормотипово;
- гіперопіка дітей, які розвиваються нормотипово;

- страх виходити із дому з дитиною з комплексними порушеннями розвитку;
- страх, що дитина з комплексними порушеннями розвитку не зможе обслуговувати себе самостійно;
- страх, що не зможуть зрозуміти свою дитину, та ін.

Основною формою роботи було ведення батьками *щоденника спостережень*. Головна мета ведення такого щоденника – це відслідковування змін, які відбуваються з дитиною. Цей щоденник вівся батьками кожного дня. В ньому фіксувалися позитивні або негативні результати корекційної роботи. Перший етап ведення щоденника – це було спостереження за дитиною. Спостереження відбувалося за різними видами діяльності дитини та фіксувалося у щоденнику. Другий етап – це було обговорення спеціального педагогом та батьками змін, які відбувалися з дитиною та знаходилися причинно-наслідкових зв'язків цих змін. Спеціальний педагог (психолог) підказував, що саме фіксувати, адже батьки часто записували тільки невдачі, замість успіхів.

Психологічне втручання було миттєвою допомогою, яка виникала в конфліктних ситуаціях. Інколи спеціальний педагог міг потрапити в несподівану ситуацію, коли відбувалася сварка між членами родини або істерика у дитини тощо. Тому спеціальним педагогам було запропоновано відвідати курси із конфліктології, вивчити методи та прийоми допомоги виведення родини із конфліктної ситуації, а також залучення інших спеціалістів до вирішення проблем родини.

Психологічна підтримка батьків здійснювалася психологами та психотерапевтами в процесі індивідуальних психотерапевтичних бесід з психологом про труднощі сім'ї, сімейні взаємовідносини. У процесі психотерапевтичної роботи з сім'єю дитини з комплексними порушеннями розвитку психолог допомагав батькам вирішувати міжособистісні конфлікти, які були пов'язані з проблемами виховання дитини.

Сам процес психологічної підтримки був безперервним та комплексним, що представляло високі вимоги до особистості фахівця-психолога та спеціального педагога.

Для повноцінної реалізації ІКТНП/ІНП необхідна була *мультидисциплінарна команда*, в яку входили: спеціальний педагог, психолог, медичні працівники, логопед, ерготерапевт, реабілітолог та інші.

Склад та функціональні обов'язки членів мультидисциплінарної команди представлені на у Додатку У.

Мультидисциплінарна команда систематично збиралася та обговорювала покроковість у індивідуальному психолого-педагогічному супроводі дитини з комплексними порушеннями розвитку.

Отже, робота з дітьми, які мали комплексні порушення розвитку, проводилася комплексно, за участі фахівців різних профілів і з обов'язковим залученням батьків і вихователів. Іншими словами, індивідуальне навчання передбачало «мультидисциплінарний» підхід у корекційно-педагогічній роботі. Кожен спеціаліст виконував свої функціональні обов'язки, водночас узгоджено з усією командою спеціалістів.

Метою **етапу контролю та внесення змін** було забезпечення врахування індивідуальних навчальних та психологічних потреб дитини в організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу. Цей етап здійснювався в кінці навчального року. Проводилося повторне психолого-педагогічне обстеження та виявлявся функціональний рівень розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку, вносилися зміни та надавалися рекомендації, проводилося оцінювання дітей. Також було передбачено внесення змін до складу мультидисциплінарної команди, вибору форм роботи, психологічна допомога відповідно до психологічного стану родини, надання рекомендацій стосовно організації соціально-побутових умов у родині.

Оцінювання навчальних досягнень дітей з комплексними порушеннями розвитку здійснювалося педагогічними працівниками відповідно до критеріїв оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти.

Оцінювання учнів з комплексними порушеннями розвитку залишається надзвичайно актуальною проблемою. Діти, які мають тяжкі первинні порушення розвитку, не можуть засвоїти навчальну програму, яка затверджена Міністерством освіти і науки. Оцінювання має бути адекватне до можливостей дитини та мають бути прописані критерії оцінювання окремо для дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Для даної категорії дітей результати могли бути настільки «незначними» у загальнозживаному розумінні, що їх було важко побачити. На успішність навчання впливали тяжкість первинних порушень, рання реабілітація, можливості дитини. Головним завданням спеціального педагога було – пояснити батькам, що є результатами і те, що для дитини вони є значними.

Через рік роботи з кожною дитиною було проведене повторне діагностування її функціональних можливостей за трьома сферами з метою виявлення зрушень або їх відсутності. Результати обстеження були порівняні із результатами, отриманими на початку експериментального дослідження, та представлені у формі кількісного та якісного аналізу.

Етапи індивідуального психолого-педагогічного супроводу були циклічними, постійно діяли, доповнювалися або змінювалися, щоб призвести до ефективнішого розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку.

3.3. Зміст психолого-педагогічного супроводу на пропедевтичному етапі навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку

Було розроблено зміст психолого-педагогічного супроводу на пропедевтичному етапі навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку. Зміст супроводу був наданий спеціальним педагогам, батькам та іншим фахівцям, які займаються з дитиною в умовах індивідуального навчання протягом формувального експерименту.

У змісті супроводу значне місце відводилося психолого-педагогічній корекції у навчанні дитини з комплексними порушеннями розвитку, яка складалася з таких напрямків:

- корекція пізнавальної сфери;
- корекція порушень опорно-рухового апарату;
- корекція інтелектуальної недостатності;
- корекція зорового сприймання;
- логопедична корекція;
- психологічна корекція;
- симптоматична корекція;
- корекція девіантної поведінки;
- корекція міжособистісних стосунків.

До *I-ої групи* відносилися діти, які мали глибокі порушення опорно-рухового апарату, інтелекту та зору.

Мета корекційно-педагогічної роботи з дітьми даної групи – розвиток сприймання дитиною з глибокими комплексними порушеннями власного тіла та формувати навички довільного самостійного впливу на оточуюче середовище.

Основними завданнями індивідуального супроводу для дітей даної групи, які були запропоновані нами для батьків та вчителів:

- розвиток реакції на звернене мовлення дорослого;
- встановлення контакту з дитиною та розвиток довіри до навколишнього середовища, задоволення потреб дитини у психоемоційному контакті;
- стимулювання розвитку комунікації між дитиною та дорослим;
- зниження протестних реакцій та негативних поведінкових проявів;
- створення умов для рухової та пізнавальної активності дитини в середовищі, в якому вона мешкає;
- зниження напруження у тілі дитини;
- підвищення тактильної чутливості порушених частин тіла;
- формування у дитини елементарних уявлень будови власного тіла через «пасивні методи навчання» та навчання батьків цим методам;

- стимулювання та мотивація до активної моторної діяльності.

Зміст корекційно-педагогічної роботи з дітьми даної групи побудований на методах базальної стимуляції, сенсорної інтеграції, ерготерапії, музикотерапії, арт-терапії. Ці методи використовувалися через неможливість дітей з комплексними порушеннями розвитку отримати досвід взаємодії з навколишнім середовищем звичним чином.

Одним із перших елементів було виховання *реакції на звернення дорослого*. Реакції на звернене мовлення у дитини з комплексними порушеннями мала такий вигляд піднімання голови, гукання чи гуління, інших вокалізацій, повертання голови до дорослого. Дорослий забезпечував максимально комфортні умови для дитини, де вона почувалася безпечно. Якщо дитина не реагувала на звернення, то дорослий поступово повертав голову дитини. Далі відбувався розвиток фіксування погляду на дорослому, на предметі та на зображенні предметів.

Встановлення контакту з дитиною та розвиток довіри до навколишнього середовища було наступним кроком до розвитку дитини з важкими комплексними порушеннями психофізичного розвитку.

Якщо у дитини спостерігалися реакції протесту, негативізму, прояви проблемної поведінки, то заняття відбувалися дозовано, починаючи з 5 хвилин. Спеціальний педагог постійно розмовляв з дитиною та активізував її до певної діяльності. У випадку, коли у дитини була виражена негативна реакція на заняття за столом, то спеціальний педагог проводив заняття там, де було комфортніше для дитини. І тільки поступово переходили до роботи за столом.

Стимулювання розвитку комунікації між дитиною та дорослим було наступним кроком корекційно-педагогічного процесу дітей з комплексними порушеннями I-ої групи. Було використано сучасні засоби альтернативної та допоміжної комунікації, що покращувало розвиток спілкування між дитиною та дорослим. Для кожної дитини з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору підбиралися індивідуальні засоби комунікації, які використовувалися у повсякденному житті дитини.

Зниження протестних реакцій та негативних поведінкових проявів було важливим кроком саме для дітей I-ої групи, оскільки найчастіше у дітей, які мають тяжкі порушення розвитку, проблемна поведінка обумовлена відсутністю засобів спілкування, тому спостерігаються реакції протесту та негативні поведінкові прояви. Було підібрано індивідуальні засоби комунікації та забезпечено умови для розуміння та сприймання кожної дитини. Під час навчально-виховного процесу проводилося систематичне спостереження поведінкових реакцій та реагування на них.

Створення умов для рухової та пізнавальної активності дитини в середовищі, в якому вона мешкає було важливим кроком для розвитку та виховання дитини. Кімната дитини з комплексними порушеннями була обладнана відповідно до її індивідуальних можливостей, що стимулювало рухову та пізнавальну активності. Обладнанням кімнати займалися батьки за рекомендаціями спеціального педагога та інших фахівців мультидисциплінарної команди, які працювали з дитиною.

Зниження напруження у тілі дитини було основним кроком до ефективного навчального процесу для дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, бо більшість дітей мали гіпертонус, який заважав цілеспрямованим рухам. Щоб реалізувати цей крок, було запропоновано працювати із сенсорними ванночками. Сенсорні ванночки – це різного об'єму ємності, в яких є речовини, якими грається дитина, або дорослий рухає руками дитини. Речовинами у сенсорних ванночок були: холодна і гаряча вода, різні види крупи, гудзики, кришечки, камінці, кульки, рідке солоне тісто, піна для гоління, лід, мед, зубна паста, крем для рук, варені макарони, картопля, крохмаль, желе, шишки, каштани тощо. Дорослий брав руки дитини та її руками виконував певні дії: пересипав, переливав, шукав, перекладав, стукав, змішував. Всі свої дії вчитель озвучував.

Підвищення тактильної чутливості порушених частин тіла – це розвиток тілесної чутливості шляхом роботи з тілом дитини з комплексними порушеннями розвитку. Цей крок було запропоновано виконувати як батькам вдома, так і

використовувати на уроках спеціальним педагогам. Був запропонований такий алгоритм. Спеціальний педагог спочатку визначав межі тіла дитини своїми руками. Для цього було використано різні види масажу, натискання, розминання, прогладжування, піднімання рук та ніг, згинання та розгинання рук у ліктях, зап'ястях. Для розвитку тактильної чутливості було запропоновано використовувати щітки, папір різної фактури, тканину, нитки, вату, солоне тісто, глину, масажні предмети, рукавички, губки, скотч, різні крупи тощо. У виборці виявилися діти з тілесною гіперчутливістю, які реагували негативно на дотик спеціального педагога. Було визначено, що це є тактильний захист або перенасичення тактильної сфери, тому запропонували спеціальним педагогам та батькам дітей бути обережними і дозувати доторкання до тіла дитини. Дітям, які проявляли «тактильний голод» та потребували постійного тактильного контакту, було запропоновано спеціальному педагогу свої діти зробити впевненими, рухи послідовними, не різкими та все супроводжувати постійним поясненнями. При тактильному контакті спеціальний педагог або батьки обов'язково проговорювали всі свої дії, які виконувалися на тілесному рівні. Було запропоновано батькам розвивати чутливість рук, ніг, тулуба та обличчя дитини. Такі тактильні стимуляції тривали від 5 до 30 хвилин в залежності від індивідуальних особливостей дитини. Таким чином, відбувалося насичування чутливості дитини різними тактильними відчуттями та надання їй нового досвіду сприймання оточуючого середовища.

Формування у дитини елементарних уявлень про будову власного тіла через «пасивні методи навчання» та навчання батьків цим методам. «Пасивні методи» – це методи, які дають можливість дитині відчути своє тіло за допомогою рухової активності та маніпулятивної діяльності різними частинами тіла, якими керує дорослий. Це був наступний крок у корекційно-педагогічній роботі з дитиною, яка мала комплексне порушення розвитку. Спеціальному педагогу було запропоновано рухати певними частинами тіла дитини, використовувати повороти, обертання, піднімання та опускання різних частин тіла перед уроками як підготовка до навчання. Ця робота виконувалася також

інструктором з ЛФК чи реабілітологом, але більш целеспрямовано та детально. Було запропоновано корекційну роботу проводити у спеціалізованому стільці, у вертикалізаторі або положенні лежачи.

Виконання пасивних рухів реалізовувалося у наступних вправах:

- піднімання та опускання рук та ніг;
- згинання, розгинання та обертання рук та ніг у плечовому, ліктьовому, колінному суглобах;
- рухи окремими частинами тіла під музичний супровід;
- відстукування ритму на окремих ділянках тіла;
- стукання руками та ногами, плескання руками;
- повороти в різні сторони;
- нахили вперед та назад;
- рухи головою;
- піднімання та опускання предметів;
- катання м'ячів;
- викидання, перекладання та складання предметів;
- тощо.

Як додаткові предмети у корекційно-педагогічній роботі було запропоновано спеціальному педагогу: палиці різного розміру та кольору, м'ячі, важкі подушки, коробки, кульки, обручі, масажні м'ячі тощо.

Маніпулятивна діяльність з предметами була представлена прийомом «рука в руці», де дорослий брав руки дитини та виконував ними всі маніпуляції. Особливе місце в цій діяльності займали сенсорні ігри, які були запропоновані для розвитку та корекції дитини. Сенсорні ігри були спрямовані на перцептивні (обстежувальні) дії, систему сенсорних еталонів, розвиток умінь використовувати сенсорні еталони та розпізнавати їх у своєму житті. Спочатку через сенсорні ігри спеціальні педагоги формували такі поняття як твердий-м'який, холодний-гарячий, гладкий-шорохуватий, колючий, чорний-білий, липкий, слизький. Спеціальному педагогу було запропоновувати використовувати такі ігри як «Кольорова вода», «Змішування фарби», «Відчини та зачини», «Сон ляльки»,

«Басейн», «Купання ляльки», «Миття посуду», «Мильні бульбашки», «Пінний замок», «Холодне-гаряче», «Дощик».

Основним кроком у корекційно-педагогічній роботі був перехід від використання пасивних методів навчання до активних та *стимулювання й мотивація до активної моторної діяльності*. Для цього було підібрано вправи, які відповідали індивідуальним можливостям дитини та стимулювали до самостійної моторної діяльності. Одними з ефективних видів вправ були вправи з розвитку вібраційних відчуттів, які стимулювали розвиток моторної діяльності. Вібраційний вид сприймання – розвиток чутливості до коливань повітря, які викликаються рухами предметів. За допомогою вібраційних коливань дитина отримувала інформацію про будову скелета. Вібраційні відчуття розвивалися за допомогою: вібраційних іграшок, масажерів, електричних зубних щіток, музичних інструментів.

Для дітей з комплексними порушеннями розвитку даної групи було використано також такі спеціальні ігри:

- використання гумових рукавичок;
- використання фена;
- використання загострених предметів;
- втирання крему;
- робота із запахами;
- малювання на тілі аквафарбами;
- малювання на спині тактильними дощечками;
- надавлювання на тіло дитини різними предметами;
- прогладжування та називання частин тіла;
- завертання дитини у різні тканини, стрічки;
- вкладання в руку різних текстурних предметів;
- виконання пасивних рухів окремими частинами тіла дитини.

Також, використовували вправи для нормалізації м'язового тону, розвитку мускулатури та структур центральної нервової системи за допомогою

рефлекторної гімнастики та вправ, які враховували роботу вроджених рефлексів дитини.

II група дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку була найбільш значною за кількістю дітей. До цієї групи відносилися діти, які мали різний рівень тяжкості первинних порушень. У дітей спостерігалися одне або два тяжких провідних порушення та декілька супутніх. Діти мали різний рівень моторної, зорової та інтелектуальної сфер.

Головним завданням супроводу для II групи було залучення батьків до спільних дій з дітьми та виконання запропонованих завдань у соціально-побутових умовах родини.

Основною метою корекційно-навчальної роботи було визначено розвиток пізнання предметів навколишнього середовища та маніпулювання ними.

Для процесу навчально-корекційної роботи дітей даної групи було запропоновано спеціальним педагогам такі кроки:

- Розвиток предметної діяльності із незнайомими предметами та впізнавання знайомих предметів.
- Формування умінь брати іграшку з рук дорослого і з будь-якого положення.
- Включення в маніпулятивну ознайомчу гру з предметами через дорослого.
- Формування умінь діяти двома руками одночасно.
- Розвиток зорово-слухових, зорово-тактильних і кінестетичних відчуттів.
- Формування дослідних дій з предметами.
- Формування способів дії з предметами, спрямованими на ознайомлення з їх властивостями.
- Формування дій, які спрямовані на досягнення результату, та системи бінарних дій.
- Формувати виконання однієї і тієї ж дії до різних предметів.
- Вдосконалення дій з предметами по наслідуванню й за зразком з діями дорослого.
- Використання дій як засобів досягнення мети та отримання результату.
- Формувати вміння складати предметні дії в ланцюжки.

- Освоєння дій з дидактичними іграшками.
- Впізнавання і називання деяких трудових дій дорослого і співвіднесення їх з предметними діями.
- Знаходження однакових предметів і формування орієнтування на колір, форму, величину.

Розвиток предметної діяльності із незнайомими предметами та впізнавання знайомих предметів. Робота проводилася тільки з побутовими предметами, які дитині вже були знайомі, та новими предметами. В цьому кроці важливим була поява рухів рук у напрямку до об'єкту, притягання об'єкта при випадковому дотику. Кожен предмет озвучувався дорослим та виділялися його особливості для кращого впізнавання. Цей крок реалізується не тільки у навчанні, але й у повсякденному житті батьками.

Формування умінь брати іграшку з рук дорослого і з будь-якого положення. Робота із запропонованою іграшкою чи предметом була розвитком простих вербальних інструкцій, розумінням та сприйманням елементарної інструкції. Робота з різними положеннями предмета включала різні дії з предметом. Цей крок виконували як спеціальні педагоги та й вчителі.

Залучення до маніпулятивної ознайомчої гри з предметами через дорослого. Спершу залучення дитини відбувалося за допомогою «пасивних методів», які поступово змінювалися на активні. Маніпулятивна ознайомча гра включала в себе такі дії: відкидання, постукування, складання, перекладання, збирання тощо.

Формування умінь діяти двома руками одночасно є складним для формування кроком у навчанні дітей з комплексними порушеннями розвитку. Найчастіше одна з рук у дітей, які були у виборці, була спастичною або гіпотонічною, що ускладнювало виконання дій, де необхідна участь двох рук. Для дітей даної групи було запропоновано навчати різними способами роботи руки, яка більш уражена. Було підібрано вправи з використанням двох рук, де уражена рука виконувала функцію притримування предмета та допомоги у здійсненні певної вправи. Наприклад, тримати паличку і надягати на неї кільце; ставити

кубик на кубик, притримуючи їх; перекладати великі предмети обома руками та ін.).

Розвиток зорово-слухових, зорово-тактильних і кінестетичних відчуттів. Систематично у корекційно-педагогічній роботі було використано вправи, в яких використовувалися декілька аналізаторних систем. Провідним був будь-який аналізатор залежно від характеру діяльності та завдань, що стояли перед дитиною. Розвиток цих відчуттів відіграв велику роль у подальшій діяльності дитини.

Формування дослідних дій з предметами. Це завдання реалізовувалося тільки за допомогою дорослого. Дорослі разом із дітьми досліджували та вивчали дії, які можна виконувати з предметами, а які – ні. Наприклад, м'яч – ловити, кидати, котити, вдаряти по ньому тощо.

Формування способів дії з предметами, спрямованими на ознайомлення з їх властивостями. Кожен предмет, властивості предметів та способи дії з предметами дитина вивчала разом із дорослим. Дитині з комплексними порушеннями розвитку було виділено значний час для вивчення кожної дії. Це були такі дії: легкі удари і кидки, стискання і натискання, вдавлювання, крутіння і обертання та ін..

Формування дій, які спрямовані на досягнення результату, та системи бінарних дій. Кожна дія супроводжувалася кінцевим результатом у корекційно-педагогічній роботі. Наприклад, звук падіння іграшки, складання іграшок в коробку. Формувалася система бінарних дій, тобто протилежних за змістом (викладання-вкладання, роз'єднання - з'єднання, зняття - нанизування та ін.).

Формувати виконання однієї і тієї ж дії з різними предметами. Спеціальний педагог навчав дитину з комплексними порушеннями розвитку різними вербальними інструкціями, але одні й ті ж дії, які відносилися до різних предметів, які були складними для розуміння дитиною. Наприклад, одягти шапку, надіти кільця на пірамідку.

Вдосконалення дій з предметами по наслідуванню й за зразком з діями дорослого. Розвиток дій за зразком й по наслідуванню було складним завданням для дітей з комплексними порушеннями розвитку. Обов'язковими були навички у

дітей з виконання взаємопов'язаних прямих і зворотних дій (складати і збирати, виймати і вкладати, перекладати кульки в коробку, відерце, перекочувати їх по жолобку та ін.).

Використання дій як засобів досягнення мети та отримання результату. Основним у корекційно-педагогічній роботі було навчити дитину з комплексними порушеннями використовувати дії для отримання результату відповідно своїм індивідуальним можливостям.

Формувати вміння складати предметні дії в ланцюжки. Цей крок навчав дитину з комплексними порушеннями розвитку доводити предметну дію до результату. Після того, як дитина могла використовувати елементарні дії з предметами, то вправи ускладнювалися. Дитину навчали виконувати ланцюжки предметних дій. Наприклад, заповнювати кільцями всю піраміду, підбираючи їх за кольором і розміром; за зразком будувати з кубиків паркан, потяг, башту і т.п.

Освоєння дій з дидактичними іграшками. Робота над діями продовжувалася із використанням дидактичних іграшок (двомісні та тримісні матрешки, ігри за типом дощок Сегена з 2-3 вкладишами та ін.). Дидактичні іграшки застосовувалися також для формування у дитини орієнтування на колір, величину і форми.

Впізнання і називання деяких трудових дій дорослого і співвіднесення їх з предметними діями. Це завдання реалізовувалося у повсякденному житті дитини та носило закріплюючий характер тих дій, які необхідні для самостійного життя дитини.

Знаходження однакових предметів і формування орієнтування на колір, форму, величину. Наслідком маніпулятивних дій був розвиток інтелектуальних можливостей, зокрема вивчення сенсорних еталонів.

З дітьми даної групи також було запропоновано використовувати у корекційно-розвивальному навчанні сенсорні ігри. Сенсорні ігри використовувалися з метою надання дитині самостійності та розвитку навичок маніпулювання предметами. Діти з комплексними порушеннями розвитку не одразу вчать маніпулювати предметами. Для цього було наголошено на різний

період навчання. Бо діти навчаються тій чи іншій навички за декілька років навчання, але є й такі дії, яким діти навчитися взагалі не можуть.

Діти **III-ьої групи** мали три первинних порушення, які виражені в легкій мірі. У дітей спостерігалися високі рівні розвитку навичок моторної, зорової чи інтелектуальної сфер за спеціально створених умов.

Основним завданням супроводу для цієї групи були: залучення батьків до часткової допомоги у виконанні певних завдань; розвиток навичок самообслуговуванню; залучення дитини до групової взаємодії поза межами індивідуальної форми навчання.

Для дітей даної групи було запропоновано у корекційному навчанні такі види роботи:

- сенсорні ігри;
- робота з сенсорними ванночками;
- робота з календарем режиму дня, де окрім зображень певних дій є підписи плоскодруктованим та рельєфно-крапковими шрифтами;
- робота із тактильними книгами, де розгортається певний сюжет казки чи оповідання;
- робота з розвитку навичок самообслуговування.

Усі види роботи для дітей III-ої групи були складнішими, ніж для дітей I-ої та II-ої груп. При обстеженні у дітей III-ої групи були виявлені труднощі в оволодінні навичками письма. Через порушення опорно-рухового апарату у дітей даної групи спостерігалися порушення дрібної моторики та неточність дрібних рухів. Діти даної групи мали різний залишковий зір, тому була необхідність у адаптуванні навчального матеріалу до можливостей кожної дитини. В обстежуваній групі дітей з тотальним порушенням зору не виявлено. Тому для дітей даної групи було запропоновано формування графічних навичок письма, розвиток яких ускладнювався наявністю рухового порушення.

Формування графомоторних навичок передбачало такі етапи:

- Розвиток м'язових відчуттів. Цей етап включав відпрацювання стереотипу 3-ьох пальців чи положення руки при написанні грифелем, правильне

положення руки та кисті, правильне положення ніг, голови та тулуба. Дитині із залишковим зором був показаний не тільки зоровий зразок, але й навчали передавати м'язові відчуття.

- Формування руху від пасивного до пасивно-активного, а після – до активного. Навчаючи дитину руху кисті при письмі певного елементу лінії чи фігури, спеціальний педагог клав свою долоню на зап'ястя дитини та починав рухати нею й тим самим створював певний руховий образ. Використовувався прийом «рука в руці».
- Закріплення руху самостійним написанням дитини. Після вплив руки дорослий послаблював й давав дитині самостійно продовжувати написання.
- Формування рухового контролю дитини. Для напрацювання рухового контролю дитині було запропоновано використовувати: малювання на крупах (солі, піску), малювання пальчиками водою, кремами, фарбами, графічні екрани для малювання олівцем, грифельні дошки з випуклими контурами ліній, крапочок, фігур тощо.

Також, для формування графомоторних навичок використовувалися такі спеціальні вправи для дітей з комплексними порушеннями розвитку:

- Пасивні рухи мокрими пальцями по грифельній дошці або пальцями в крейді чи фарбі, використовуючи крупні рухи від ліктя, або розмазування крему (піни для гоління, зубної пасти) одним пальцем чи пальцями, долонькою.
- Замальовування (спочатку хаотичне, а після за контурами).
- Обведення трафаретів з наступним замальовуванням та штриховкою (геометричні фігури, предметні картинки).
- Проведення ліній від точки до точки.
- Малювання за опорними точками.
- Різні види штриховки (горизонтальні, вертикальні, концентричні).
- Малювання ліній довгих, коротких, горизонтальних, вертикальних.

Були використано такі дидактичні ігри та вправи, які сприяли розвитку дрібної моторики та допомагали виробляти точні рухи:

- велика мозаїка;
- робота з пластиліном;
- робота з піском;
- робота з водою;
- робота з папером;
- робота з картинками.

Корекційна робота для дітей з комплексними порушеннями розвитку була систематичною та послідовною, всі завдання будувалися від пасивних до складних, враховуючи індивідуальні можливості кожної дитини.

3.4. Перевірка ефективності організації індивідуального супроводу для дітей з комплексними порушеннями розвитку

Ефективність запропонованого індивідуального психолого-педагогічного супроводу та змісту була перевірена через один навчальний рік.

Спершу було проведено повторне психолого-педагогічне обстеження дітей. Для цього ми використали комплексну діагностичну методику, яка описана в 2 Розділі, та перевірили ефективність індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей, які були попередньо обстежені. Результати обстеження були порівняні із попереднім обстеженням та представлені у формі кількісного та якісного порівняння. У обстеженні взяли участь ті самі діти, які навчалися за методикою організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу. Контрольну вибірку дітей відповідної кількості зібрати не лише важко через обмеженість контингенту, а й через специфіку складної структури порушеного розвитку кожної дитини. Ми вважаємо, що недоречним є порівняння дітей, навіть, всередині групи одного функціонального рівня.

Стан розвитку моторної сфери повторного обстеження представлений у Додатку Ф.

Результати обстеження моторної сфери покращилися завдяки запропонованій методиці індивідуального навчання та змісту корекційно-розвиткової роботи.

Стан розвитку хапальних рухів дітей з комплексними порушеннями розвитку значно покращився. Діти, які виявили нульовий рівень у моторній сфері на попередньому обстеженні, мали значний результат та опинилися на низькому рівні. Діти (11,11 % від загальної кількості дітей) почали стискати та розтискати руки в кулачках, захоплювати предмети менш ураженою рукою, рухати обома руками та притримувати предмети руками, які стиснуті в кулачки.

У більшості дітей 40,74 % рівень сформованості навичок став на середньому та достатньому рівневі. Діти почали утримувати предмет збереженою рукою та притримувати слабкою. Після корекційно-розвиткового навчання навчилися застосовувати всі способи хапання (за допомогою дорослого або самостійно).

Також, у деяких дітей (7,4 %) спостерігаємо високий рівень стану сформованості хапальних рухів рук. Діти працювали обома руками та використовували допомогу дорослого або працювали за допомогою технічних реабілітаційних засобів.

Стан розвитку рухових можливостей у більшості дітей (44,44 %) став відповідати достатньому рівневі за рахунок переходу із середнього рівня. Через правильно підібрані спеціальні корекційно-розвиткові вправи на розвиток моторної активності, діти краще почали відчувати свої руки, кордони свого тіла та навчилися контролювати рухи своїх рук. Нульового рівня за цим критерієм не спостерігаємо, бо діти перейшли до низького рівня. Діти, які не могли раніше рухати руками, згинати та розгинати руки, навчилися відштовхувати предмети, які звучать, чи притискувати їх до себе.

Стан розвитку м'язових зусиль у більшості дітей (37,04 %) став відповідати середньому рівню. Більшість дітей почали користуватися збереженою та більш слабшою рукою, деякі почали виконувати тільки певні завдання: відкинь та злови м'яч, поклади в коробку, застібни чи розстібни застібку.

Після повторного обстеження дітей з нульовим рівнем сформованості стану м'язових зусиль не спостерігаємо.

Стан розвитку кисті рук у більшості дітей (40,74 %) став відповідати достатньому рівневі. Діти почали складати дрібні кульки до коробки, на збереженій руці згинання, розгинання та обертання кисті рук розвинене краще, ніж на слабшій, але діти почали виконувати багато операцій двома руками. Нульового рівня сформованості рухливості кисті рук не спостерігаємо.

Стан розвитку диференційованих рухів пальців у більшості дітей (33,33%) став відповідати низькому рівневі, бо всі діти перемістилися з нульового рівня на низький. Діти навчилися стискати та розтискати руки в кулачках, почали утримувати рівновагу та за допомогою дорослого виокремлювати пальці. Деякі діти (25,93 %) стали працювати збереженою рукою та виокремлювати пальці на ній, дуже добре виокремлювали вказівний палець та показували на предмет чи картинку, яку хотіли отримати, знали назви кожного пальця. За допомогою дорослого діти могли показати будь-який пальчик, але краще на збереженій руці. Стан розвитку диференційованих рухів пальців у цих дітей відповідав достатньому рівню.

Стан розвитку узгодженості рухів рук у більшості дітей (51,85 %) став відповідати середньому рівню. Діти почали працювати обома руками та використовували слабшу руку для притримання предмета чи тримання паперу, зошиту тощо. Нульового рівня стану узгодженості рухів рук не виявлено. Після корекційно-розвиткової роботи діти почали рухати обома руками.

Стан розвитку наслідувальних рухів рук у більшості дітей (44,44%) залишився на низькому рівні. Дітям з комплексними порушеннями опорно-рухвого апарату, інтелекту та зору необхідно більше часу на формування статичного положення рук та наслідування за рухами рук дорослого.

Стан розвитку ритмічності рухів рук у більшості дітей (55,56 %) став відповідати середньому рівню. Після корекційно-розвиткового навчання діти навчилися плескати в долоні з дотриманням певного ритму та промовляючи певні

віршовані рядки, складати предмети під рахунок та пробувати складати під швидкий та повільний рахунок.

Стан розвитку предметно-практичних дій став відповідати середньому рівню у більшості дітей (44,44 %). Діти навчилися виконувати певні елементарні дії: складати предмети, прибирати робочу поверхню, наливати воду тощо. Більшість дітей, які були на середньому рівні перемістилися на достатній рівень.

Корекційно-розвиткова робота сприяла розвитку моторної сфери та підвищенню потенційних можливостей кожної дитини. Порівняльна діаграма дає змогу прослідкувати розвиток моторної сфери у дітей, які навчалися на індивідуальному навчанні за запропонованим змістом психолого-педагогічного супроводу.

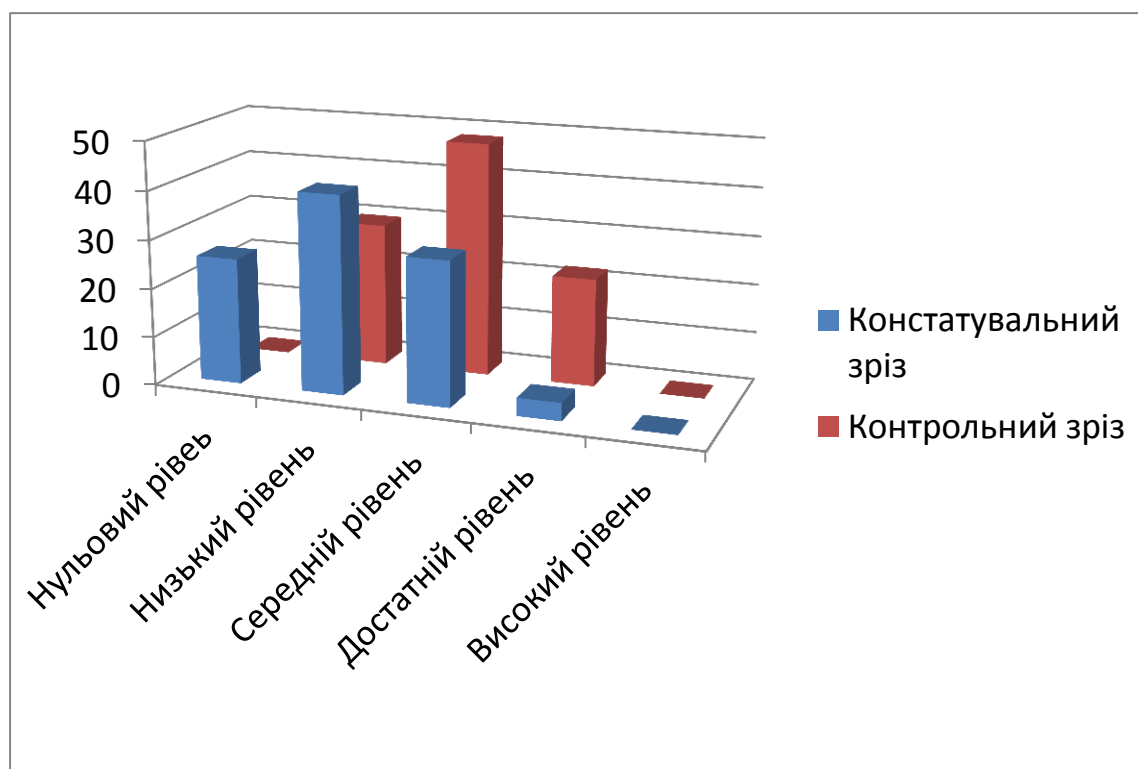


Рис. 3.2. Порівняльна діаграма розвитку моторної сфери на початку та наприкінці дослідження

Стан розвитку зорової сфери повторного обстеження представлений у Додатку X.

Результати обстеження зорової сфери значно покращилися після корекційно-розвиткової роботи. Але є вміння, які не можуть покращитися, бо безпосередньо залежать від діагнозу дитини, саме від розвитку моторної сфери. Тобто за відсотками зрушення може не бути, але методика організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу є корисною, оскільки покращилися універсальні показники – орієнтування у завданні, сприймання допомоги тощо, які ми пропонували у Р.2.

Стан розвитку зорової уваги у більшості дітей (44,44 %) став відповідати достатньому рівню. Більша частина дітей утримували предмети в полі зору, могли знайти ті предмети, які були названі, розкласти представлені предмети у коробки. Діти розглядали картинки, маніпулювали ними та розкладали.

У дітей, яких стан розвитку зорової уваги відповідав нульовому рівню, за цим критерієм рівень підвищився до низького. Діти почали слідкувати за предметами, виділяти знайомі предмети, розглядати їх разом із дорослим.

Стан розвитку зорової пам'яті у більшості дітей став відповідати низькому рівню (33,33 %) та достатньому рівню (33,33 %). Діти почали працювати не тільки з предметами, а й картинками. Розглядали їх, показували дорослим, розкладали. Представлені картинки були підібрані відповідно до зорового діагнозу кожної дитини. Діти, у яких стан розвитку зорової пам'яті відповідав нульовому рівню, так і залишилися на цьому рівні за цим критерієм. На це впливають тяжкість порушень опорно-рухового апарату та інтелекту.

Кількість дітей **стану розвитку зорово-моторної координації** достатнього рівня підвищилася з 44,44 % до 51,86 %. Діти навчилися здійснювати рухи очей у різних площинах. У дітей з'явилася графо-моторна діяльність, за допомогою дорослого діти почали розфобувати картинки за контурами, малювати лінії за запропонованими точками тощо. У дітей, яких стан розвитку зорово-моторної координації відповідав нульовому рівню, завдяки спеціальним вправ з розвитку залишкового зору підвищився стан розвитку зорово-моторної координації до низького рівня.

Стан розвитку навичок орієнтувально-обстежувальної діяльності у більшості дітей (44,44 %) став відповідати середньому рівню. Діти почали орієнтуватися у своєму тілі, визначати просторові поняття, а головне приймати допомогу дорослого та виконувати запропоновані завдання за додатковими запитаннями дорослого. Нульового рівня стану розвитку орієнтувально-обстежувальної діяльності не спостерігаємо.

Стан розвитку сприймання кольорів у більшості дітей (59,26 %) став відповідати середньому рівню. Діти почали приймати допомогу дорослого, виділяти два кольора, розташовувати кубики за кольорами. Діти з глибокими порушеннями зору вивчили назви кольорів та могли назвати декілька предметів одного кольору.

Стан розвитку уявлень про еталон форми у більшості дітей (51,85 %) став відповідати середньому рівню. Діти вмело вибирали з двох фігур запропоновану, розкладали фігури на дошці Сегена та приймали допомогу дорослого.

Стан сформованості сенсорного еталону величини у більшості дітей (40,74 %) став відповідати достатньому рівню. Після спеціальних корекційних вправ діти почали виділяти предмети за величиною, розташовувати їх на площині тощо. У деяких дітей (3,7 %) спостерігаємо високий рівень сформованості сенсорного еталону величини. Діти почали добре орієнтуватися у виборі предметів за засвоїли еталон величини.

Корекційно-розвиткова робота сприяла розвиткові зорової сфери та підвищенню потенційних можливостей кожної дитини. Порівняльна діаграма дає змогу прослідкувати розвиток зорової сфери у дітей, які навчалися на індивідуальному навчанні за запропонованим змістом психолого-педагогічного супроводу.

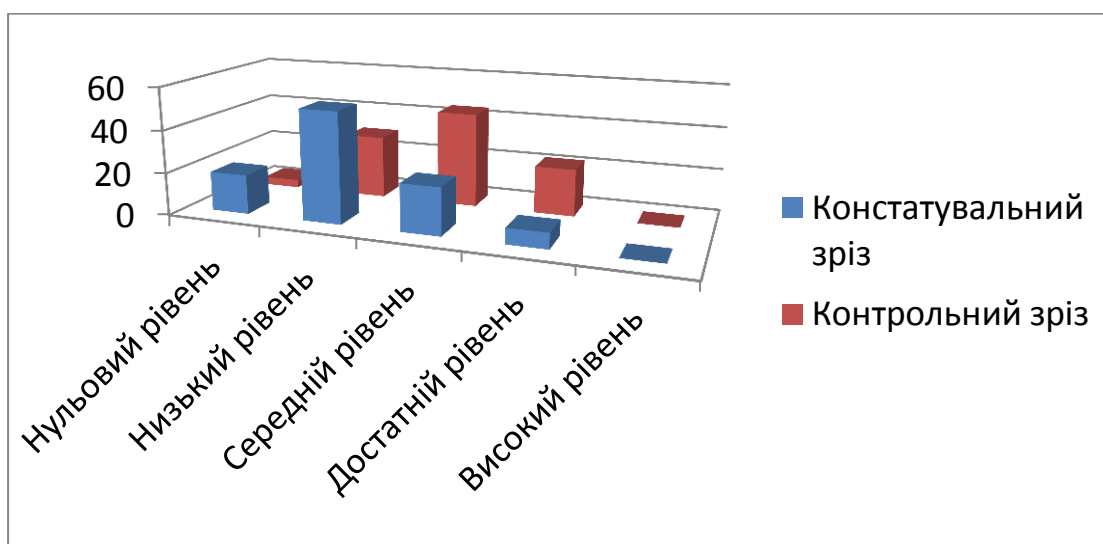


Рис. 3.3. Порівняльна діаграма рівня розвитку зорової сфери на початку і наприкінці дослідження

Стан розвитку інтелектуальної сфери повторного обстеження представлений у Додатку Ц.

Стан розвитку порівняльного аналізу у більшості дітей залишився відповідати нульовому рівню, але кількість дітей зменшилася (62,96 %) у порівнянні із констатувальним обстеженням. На це впливає ступінь порушення інтелектуального розвитку дитини. Вбачаємо необхідність у подовженні в часі корекційно-розвиткових завдань з інтелектуальним навантаженням, бо у більшості дітей спостерігаємо тільки дозрівання психічних процесів, але це не означає, що методика малоефективна.

Стан розвитку узагальнення у більшості дітей став відповідати нульовому рівню, але у меншій кількості дітей (40,74 %). Але є діти, у яких завдяки корекційно-розвитковому навчанню сформувалося поняття про групування предметів та виділення зайвого предмета. Діти, які не можуть назвати зайвий предмет, навчилися показувати чи забирати картинку.

Стан розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкових зв'язків у більшості дітей відповідає нульовому рівню, але у меншій кількості дітей (66,66 %). Діти з комплексними порушеннями розвитку складно будувати послідовність подій, в більшості діти потребують

допомоги з боку дорослого. Для будування зв'язків та встановлення послідовності подій для дітей даної категорії використовують календар режиму дня, послідовність завдань на уроці тощо.

Корекційно-розвиткова робота сприяла розвитку незначному розвитку інтелектуальної сфери та дала можливість підтвердити необхідність вправ та завдань з інтелектуальним навантаження, які будуть підібрані з урахуванням особливостей кожної дитини.

Порівняльна діаграма дає змогу прослідкувати розвиток інтелектуальної сфери у дітей, які навчалися на індивідуальному навчанні за запропонованим змістом психолого-педагогічного супроводу.

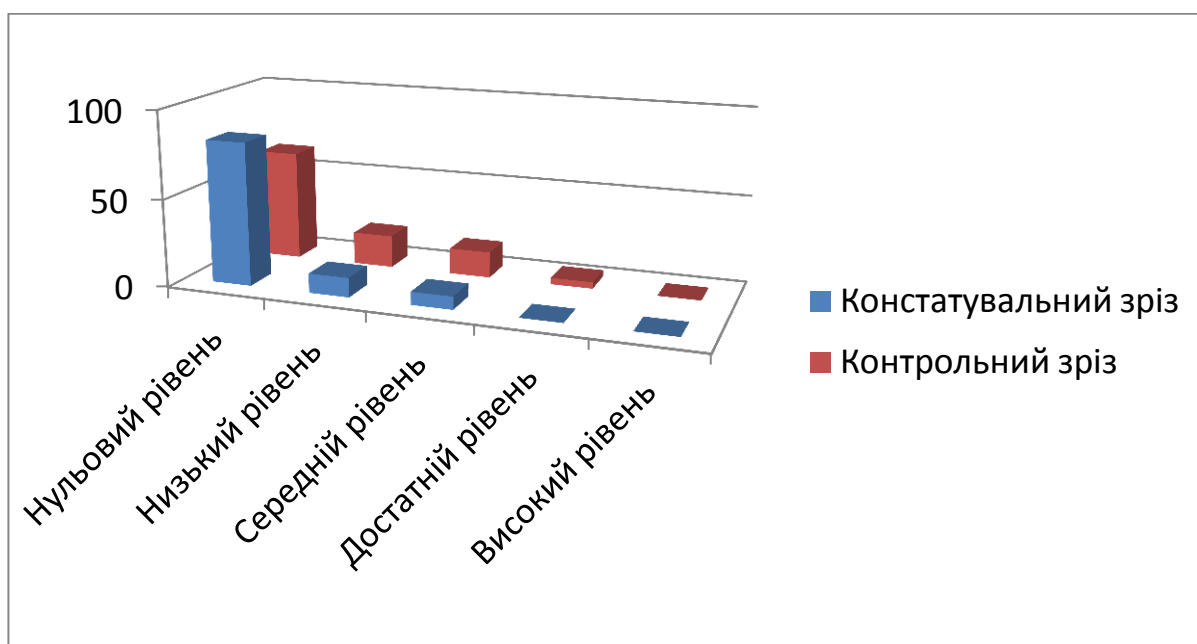


Рис. 3.4. Порівняльна діаграма рівня розвитку інтелектуальної сфери на початку і наприкінці дослідження

У дітей, які навчалися за змістом індивідуального психолого-педагогічного супроводу, відмічалися позитивні зрушення за загальними критеріями. Діти, які раніше перебували на нульовому рівні функціонування, почали приймати допомогу від дорослого, не боятися торкання до власного тіла, розуміти елементарну вербальну інструкцію та виконувати завдання за індивідуальними можливостями, почали контролювати окремі частини власного тіла та намагатися

рухати ними. Діти почали працювати у парі з дорослим, знизився прояв негативізму до занять, вибудовувався режим навчальних занять та відпочинку. Діти розуміли, що відбувається навкруги, з'явився інтерес до пізнання нового тактильного досвіду та звукових подразників.

У багатьох дітей з'явилися навички самоконтролю за власними діями. Деякі почали виконувати дію за зразком дорослого та просити допомоги. Діти із залишком зору навчилися розглядати картинки та розуміти наочні інструкції.

Батьки почали розуміти потреби своїх дітей та навчилися з ними ефективно взаємодіяти та комунікувати. Запропонований режим дня та занять допоміг дітям орієнтуватися у частинах доби та подіях, які відбуваються з ними.

Контрольний зріз підтвердив нашу думку про те, що діти з комплексними порушеннями розвитку потребують:

- підбору умов впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу;
- розробленої методики організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу;
- мультидисциплінарної команди кваліфікованих спеціалістів;
- розробленої діагностичної методики визначення рівня функціонування дитини.

Також, відмічались позитивні результати у реагуванні на незнайомих людей, зменшився адаптаційний період реагування на звернене мовлення. Знизилися протесні реакції у багатьох дітей з комплексними порушеннями розвитку. Діти адаптувалися до навчально-виховного процесу, почали встановлювати контакт з дорослими та дітьми. Підвищився рівень пізнавальної активності, діти краще почали сидіти за столом, взаємодіяти з дорослим та грати у прості ігри. Діти почали сприймати вербальну інструкцію дорослого, виконувати та сприймати завдання. Підвищилася проінформованість та обізнаність батьків у реабілітації, розвиткові та навчанні їхньої дитини. Змінився настрій на майбутнє, поліпилися взаємовідносини із дитиною.

Зміст та організація корекційно-педагогічної роботи з дітьми, які мають тяжкі первинні порушення, засвідчує ефективність вищеперерахованих вправ.

Діти з комплексними порушеннями розвитку мають відмінну картину розвитку, ніж діти з нейротиповим розвитком чи одиничним порушенням. Їх розвиток залежить від багатьох умов та поєднання первинних порушень розвитку. Водночас діти даної категорії завдяки індивідуальному психолого-педагогічному супроводу змогли засвоїти певні навички, які їм необхідні для подальшого самостійного життя.

Також, для оцінки ефективності організаційної структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу було проведено опитування спеціальних педагогів та батьків, які брали участь у дослідженні. Усього було опитано 42 особи – 27 представників родин та 15 педагогічних працівників. Були визначені критерії ефективності організації психолого-педагогічного супроводу в умовах індивідуального навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку: індивідуалізація змісту навчання, гнучкість змісту індивідуального супроводу, своєчасність реагування на запити родин, поінформованість родин, взаємодія педагогічного колективу. Респондентам було запропоновано проранжувати виділені критерії за ступенем важливості й оцінити якість забезпечення кожного з них під час впровадження індивідуального супроводу. На 5б оцінювався високий рівень дотримання критерію, 4б – достатній рівень, 3б – задовільний рівень, 2б – незадовільний рівень. Оцінка якості супроводу за визначеними критеріями представлена у Додатку Ш. За результатами опитування було встановлено такі вагові коефіцієнти критеріїв психолого-педагогічного супроводу (див. Додаток Ш): індивідуалізація змісту навчання – 0,12; гнучкість змісту індивідуального супроводу – 0,24; своєчасність реагування на запити родин – 0,22; поінформованість родин – 0,2; взаємодія педагогічного колективу – 0,22.

За підрахунками середня оцінка ефективності за кожним критерієм склала: індивідуалізація змісту навчання – 4,67; гнучкість змісту індивідуального супроводу – 4,28; своєчасність реагування на запити родин – 4,09; поінформованість родин – 4,33; взаємодія пед. колективу – 4,42. Кожен з критеріїв

відповідає достатньому рівню ефективності. Середня оцінка ефективності психолого-педагогічного супроводу, враховуючи вагові коефіцієнти критеріїв, складає 4,33, що відповідає достатньому рівню ефективності.

Слід відзначити позитивні результати у сфері соціальної комунікації дітей: зменшився адаптаційний період реагування на звернене мовлення, діти почали спокійніше реагувати на незнайомих людей, знизилася протестна реакція у багатьох дітей з комплексними порушеннями розвитку. Діти адаптувалися до навчально-виховного процесу, почали встановлювати контакт з дорослими та дітьми. Підвищився рівень пізнавальної активності, діти краще почали сидіти за столом, взаємодіяти з дорослим та грати у прості ігри. Діти почали сприймати вербальну інструкцію дорослого, виконувати та сприймати завдання.

Отже, отримані дані після проведеного формувального експерименту показали, що відбулися значні позитивні зміни у навчально-виховному процесі дітей з комплексними порушеннями розвитку, що свідчить про ефективність запропонованої нами структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Висновки до розділу третього

В межах формувального експерименту розроблено структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Визначено принципи індивідуального психолого-педагогічного супроводу: загальнодидактичні (діяльнісний принцип, принцип єдності вимог у навчанні та вихованні, принцип співпраці батьків та педагогів, принцип наочності), спеціальні (принцип орієнтування на всі первинні порушення в навчально-корекційній роботі, принцип індивідуального підходу у навчанні та вихованні дітей з комплексними порушеннями розвитку, принцип орієнтування на зону найближчого розвитку дитини, принцип корекційного спрямування навчально-виховного процесу, принцип полісенсорної основи навчання, принцип індивідуального підбору засобів комунікації та підтримки комунікативної

взаємодії) та специфічні (принцип переходу від пасивного до активного навчання, принцип постійної підтримки та мотивації, принцип комплексної взаємодії учасників корекційно-реабілітаційного процесу).

Запропоновано та апробовано структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору, що враховує можливості дитини.

Структура індивідуального психолого-педагогічного супроводу складається з таких етапів: підготовчий етап, діагностичний етап, етап розробки та реалізації ІКТНП/ІПР, етап контролю та внесення змін.

Визначено умови, дотримання яких є необхідним для індивідуального навчання, а саме: організаційні, дидактичні, корекційно-розвиваючі, соціально-реабілітаційні.

Проведено повторне діагностування через рік роботи з кожною дитиною з метою виявлення зрушень або їх відсутності.

Вивлено, що стан розвитку хапальних рухів дітей з комплексними порушеннями розвитку значно покращився. Діти (11,11 % від загальної кількості дітей) почали стискати та розтискати руки в кулачках, захоплювати предмети менш ураженою рукою, рухати обома руками та притримувати предмети руками, які стиснуті в кулачки.

Стан розвитку рухових можливостей у більшості дітей (44,44 %) став відповідати достатньому рівневі, кількість дітей збільшилася удвічі у порівнянні з попереднім обстеженням. Діти почали краще відчувати свої руки, кордони свого тіла та навчилися контролювати рухи своїх рук.

Стан розвитку контролю м'язових зусиль середнього рівня знизився із 40,74% до 37,04 %; здатність рухати кистями рук на достатньому рівні збільшилася із 29,63% до 40,74 %. Стан розвитку ритмічності рухів рук середнього рівня підвищився з 18,52% до 55,56 %). Стан розвитку диференційованих рухів пальців та наслідувальних рухів рук майже не змінився.

Стан розвитку зорової уваги у більшості дітей (44,44 %) став відповідати достатньому рівню, порівняно з 37,04% на попередньому етапі дослідження. А

стан розвитку зорової пам'яті у більшості дітей став відповідати низькому рівню (29,62 % у порівнянні з 33,33 %) та достатньому рівню (33,33 % проти 22,22 %).

Кількість дітей, стан розвитку зорово-моторної координації яких досяг достатнього рівня, зросла з 44,44 % до 51,86 %.

Стан розвитку навичок орієнтувально-обстежувальної діяльності у більшості дітей (44,44 %) став відповідати середньому рівню, тоді як на констатувальному етапі дослідження середній рівень був виявлений лише у 7,4 % дітей.

Зрушення у розвитку інтелектуальної сфери були, хоч і незначні, що зумовлено первинним інтелектуальним порушенням, як видно з анамнезу більшості дітей.

Визначено позитивні результати у сфері соціальної комунікації дітей: зменшився адаптаційний період реагування на звернене мовлення, діти почали спокійніше реагувати на незнайомих людей, знизилася протестна реакція у багатьох дітей з комплексними порушеннями розвитку. Діти адаптувалися до навчально-виховного процесу, почали встановлювати контакт з дорослими та дітьми. Підвищився рівень пізнавальної активності, діти краще почали сидіти за столом, взаємодіяти з дорослим та грати у прості ігри. Діти почали сприймати вербальну інструкцію дорослого, виконувати та сприймати завдання. Підвищилася поінформованість та обізнаність батьків щодо реабілітації, можливостей розвитку та навчання їхніх дітей.

Перевірено ефективність запропонованої організаційної структури психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку. Середня оцінка ефективності супроводу, враховуючи вагові коефіцієнти визначених критеріїв, складає 4,33, що відповідає достатньому рівню ефективності.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз психолого-педагогічної літератури довів актуальність та показав необхідність розробки структури індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку в умовах індивідуального навчання. У дослідженні акцент зроблено не стільки на адміністративно-управлінському аспекті супроводу, скільки на забезпеченні індивідуалізованого корекційно-розвивального навчання дитини.

2. Упорядковано термінологію щодо категорії дітей з кількома порушеннями розвитку. До «комплексних порушень психофізичного розвитку» віднесені такі, які представлені декількома первинними порушеннями, кожне з яких взяте окремо, визначає характер і структуру аномального розвитку.

3. Укладено комплексну діагностичну психолого-педагогічну методичку, яка дозволила визначити рівень розвитку навичок моторної, зорової та інтелектуальної сфер дитини. За кожною сферою визначені показники та підібрані відповідні ігрові вправи та модифіковані методички. Виконання діагностичних завдань оцінювалося за п'ятьма рівнями: нульовий, низький, середній, достатній та високий. Для оцінки отриманих результатів також використовувалися загальні критерії: прийняття допомоги, здатність працювати за зразком, ступінь самостійності виконання завдання, постійне стимулювання, якість самоконтролю, виконання за вербальною інструкцією, що дозволило у подальшому виділити три групи дітей за їх функціональними можливостями.

4. Констатувальним етапом дослідження виявлено, що у дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору спостерігаються найнижчі показники у сформованості інтелектуальної сфери (нульовий рівень – 81,48% дітей). Стан розвитку моторної сфери більшості дітей відповідає нульовому та середньому рівням (25,93% та 29,63% - відповідно), а 40,74% дітей виявили низький рівень рухових можливостей. Зорові можливості більшості дітей відповідали низькому рівню (51,85%). На підставі отриманих результатів діти були розподілені на три групи за рівнями розвитку

функціональних можливостей у кожній сфері. На основі цих результатів був розроблений зміст супроводу на пропедевтичному етапі навчання.

5. Обґрунтовано умови, необхідні для ефективної організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку, а саме: організаційні, діагностичні, дидактичні, корекційно-розвивальні, соціально-реабілітаційні.

6. Визначено спеціальні корекційно-педагогічні принципи індивідуального психолого-педагогічного супроводу: переходу від пасивного до активного навчання, постійної підтримки та мотивації, комплексної взаємодії учасників корекційно-педагогічного процесу, використання тотальної комунікації та підтримки комунікативної взаємодії.

7. Визначено організаційну структуру індивідуального психолого-педагогічного супроводу та зміст його етапів для дітей з комплексними порушеннями розвитку: пропедевтичний етап, етап діагностики та визначення рівня функціонування дитини; етап розробки індивідуального календарно-тематичного навчального плану / розробки індивідуальної навчальної програми та його реалізації; етап контролю та внесення змін.

8. Перевірено ефективність запропонованої організаційної структури психолого-педагогічного супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку. Середня оцінка ефективності супроводу, враховуючи вагові коефіцієнти визначених критеріїв, складає 4,33, що відповідає достатньому рівню ефективності.

Водночас проведене дослідження не претендує на вичерпне вирішення усіх нагальних проблем навчання дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку. Подальшого дослідження потребують забезпечення адміністративно-управлінського аспекту психолого-педагогічного супроводу, організація індивідуального супроводу дітей з комплексними порушеннями розвитку старшого шкільного віку, розробка критеріїв оцінювання для дітей даної категорії, інституалізація дітей з комплексними порушеннями розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю: станом на 06.07.2016 / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – Київ: Парлам. вид-во, 2016. – (Бібліотека офіційних видань).
2. Наказ Міністерства освіти і науки України № 691 «Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю»: станом на 2 грудня 2005 року / Верховна Рада України. – Офіц. Вид. – Київ: Парлам. Вид-во, 2005. – (Бібліотека офіційних видань).
3. Національна доктрина розвитку освіти // Освіта . - 2002.-N26(24 квітня-1 травня). - С.2-4.
4. Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 03 лютого 2016 р. за № 184/28314.
5. Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами від 21 серпня 2013 р. № 607 Київ.
6. Про затвердження «Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку».
7. Айрес Е. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития/ Е. Дж. Айрес. - Москва: Теревинф, 2009. - 272 с.
8. Александрова Н.А. Результаты клинического обследования детей раннего возраста со сложной структурой дафекта / Н.А. Александрова // Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии / Права человека. – Москва, 2003. – С.118-127.
9. Альшанина Е.И. Психологическое сопровождение воспитательного процесса / Е.И. Альшанина // Классный руководитель. – 2004.– № 2.– С. 107-115.
10. Асмолов А. Г. Психология личности / А. Г. Асмолов. – Москва, 1990. – 368 с.

11. Бабич Н.М. Комунікативні навички в структурі комунікативної особистості дітей з порушеннями зору та інтелекту / Н.М. Бабич // Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти: зб. матер. всеукр. науково. метод. інтернет-конф. / уклад. О.Е. Жосан. – Кіровоград: Ексклюзив – Систем, 2016. – 408 с.
12. Бабич Н.М. Допоміжна комунікація як один із засобів формування комунікативних навичок у дітей з порушеннями зору та інтелекту / Н.М. Бабич // Актуальні питання корекційної освіти. – Київ: Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2014. – С. 6 – 14.
13. Бадалян Л. О. Невропатология / Л.О. Бадалян. - Москва: Академия, 2001. 384 с.
14. Бардиер Г. Я хочу! Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей / Бардиер Г., Ромазан И., Чередникова Т. – Кишинев; Санкт-Петербург. - 1993. – С. 9-102.
15. Басилова Т. А. Американская программа обучения основам научных знаний для детей со сложными сенсорными нарушениями / Т.А. Басилова //Дефектология. - 1994. - № 5. - С. 79–88.
16. Басилова Т. А. (1889–1960) / Т. А. Басилова, И. А. Соколянский // Шк. вестн.– 1999. – № 6. – С. 15-19.
17. Басилова Т. А. К 100-летию со дня рождения И. А. Соколянского / Т. А. Басилова // Дефектология. – 1999. – № 2. – С. 57.
18. Басилова Т. А. Как начиналось обучение слепоглухих детей в России: [о методике И. А. Соколянского] / Т. А. Басилова // Дефектология. – 1999. – № 2. – С. 61-63.
19. Басилова Т.А. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста со сложными и множественными нарушениями. Специальная дошкольная педагогика: учеб. Пособие / под. ред.. Е.А. Стребелевой. – Москва, 2001. – С. 278-299.
20. Басилова Т. А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением // Дефектология. 1996. № 3. С. 47–55

21. Басилова Т. А. Современное состояние организации обучения слепоглухих за рубежом / Т. А. Басилова // Дефектология. – 1988. – №3.
22. Басилова Т.А., Бертынь Г.Н. Задачи диагностического исследования детей с глубокими нарушениями зрения и слуха // Дефектология. Психология. Дифференциальная психофизиология. Москва, 1989 С. 38–39.
23. Басилова Т. А. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста со сложными и множественными нарушениями [глава в учебном пособии для студентов дефектологических факультетов «Специальная дошкольная педагогика» под ред. Е. А. Стребелевой]. – Москва: АСАДЕМА, 2001. – С.256-299.
24. Басилова Т. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей / Т. А. Басилова, Н. А. Александрова. — Москва: Просвещение, 2008. — С. 20.
25. Бертынь Г.П. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с бисенсорными дефектами при различных эмбоио и фетопатия (текст) / Г.П. Бертынь // Дефектология. – 1994. - №3. – С. 21.
26. Бертынь Г.П. Клинико — генеалогическое и психолого — педагогическое изучение лиц со сложным дефектом. Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей — Москва,1990.
27. Бертынь Г. П. Клинико –психологическое изучение глухих детей со сложным дефектом / Г.П. Бертынь, Т.В. Розанова // Дефектология. – 1993. - №4. – С.3-8.
28. Бех Иван. Гуманізація спеціальної освіти аномальних дітей як соціально – педагогічна проблема. /Иван Бех // Дефектологія. – 1996. – №1. – С. 19 – 23.
29. Битянова М. Р. Работа психолога в начальной школе / М. Р. Битянова, Т. В. Азарова, Е. И. Афанасьев, Н. Л. Васильева – Москва: Генезис, 2001. – 352 с.
30. Блюмина М.Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов / М.Г. Блюмина // Дефектология. – 1989. - №3. – С.3-10.

31. Бондар В.І. Підготовка учнів допоміжної школи до самостійної трудової діяльності / В.І. Бондар. – Київ: Рад. шк., 1988. – 128 с.
32. Бондар В., Одинченко Л., Постовойтов Є. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами / Бондар В., Одинченко Л., Постовойтов Є. // Дефектологія. – 1996. – №4. – С. 48 – 52.
33. Борщевська Л.В На допомогу батькам, що мають дітей з особовими потребами / Л.В. Борщевська, А.В. Зіброва, І.Б. Іванова та ін.// – Київ: Український інститут соціальних досліджень, 1999. – 79 с
34. Вавіна Л. С. Посилення корекційної спрямованості змісту початкової освіти учнів з комбінованим дефектом / Людмила Сергіївна Вавіна // Дефектологія. – 1996. – №2.
35. Вавіна Л. С. Розробка дидактико-методичних підходів до навчання сліпоглухих дітей спілкування в працях вітчизняних і зарубіжних авторів / Людмила Сергіївна Вавіна // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць: [Матеріали Міжнародного науково-практичного семінару з проблем сліпоглухоти (17 березня 2006 р., м. Київ)] – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2006. – Випуск 5. – С. 26-35.
36. Ван Дайк Я. Подход к обучению и диагностике детей с множественными сенсорными нарушениями / Ван Дайк Я. // Дефектология. 1992. № 1. С. 67–75.
37. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Г. Бусел. - Киев: Ірпінь: ВТФ «Перун». - 2004. - 1440 с.
38. Венгер А.А., Выготская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения / Венгер А.А., Выготская Г.Л., Леонгард Э.И. // - Москва:, 1972.
39. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии / Власова Т. А., Певзнер М. С. //— Москва: - 1973.
40. Волкова Н.П. Педагогіка: Навч. посібник. Вид. 2-е, перероб., доп. / Н.П. Волкова //— Київ: Академвидав, 2007, С. 415-426.

41. Выготский Л. С. Принципы социального воспитания глухонемых: [о методике И. А. Соколянского] / Л. С. Выготский // Сурдопедагогика: хрестоматія / Л. І. Фомічова. – Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2003. – Т. 2. – С. 185.
42. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С.Выготский //– Москва: Педагогика, 1983. – Т.5: Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства.
43. Гладких Н. В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні // Науковий часопис імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. – Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. - № 26. – С. 52-57.
44. Гладких Н. В. Діагностика стану розвитку загальної та дрібної моторики у дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору // Актуальні питання корекційної освіти: зб. наук. праць: вип. 6. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобороди -2006, 2015. – Т. 2. – С. 26-41.
45. Глоба О. П. Принципи побудови регіональної моделі соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату / О. П. Глоба // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. - 2012. - Вип. 19(2). - С. 255-261.
46. Глоба О. П. Регіональне реабілітаційне середовище як фактор соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями : [монографія] / О. П. Глоба ; Луган. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. – Луганськ; Краматорськ : ДДМА, 2011. – 347 с.
47. Глушенко К.О. Проблема формування комунікативної компетентності сліпоглухих дітей у спеціальній літературі США та Великої Британії [Текст] : дис. канд. пед. наук : 13.00.03 / Глушенко Катерина Олександрівна ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. - К., 2009. - 251 арк. : рис., табл. - Бібліогр.: арк. 201-227.
48. Глушенко К.О. Особливості психолого-педагогічної діагностики дітей з комплексними порушеннями / К.О. Глушенко // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць: Матеріали першого Всеукраїнського

з'їзду тифлопедагогів (4-5 травня 2006р.) – Харків, 2006. – Випуск 6. – Ч.1. – с.122-132.)

49. Глушенко К. О. // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки : Збірник наукових праць / М-во освіти і науки України, НПУ ім. М.П. Драгоманова. - Київ : НПУ , 2006. - Вип. 5 : Матеріали Міжнародного науково-практичного семінару з проблем сліпоглухоти (17 березня 2006 р., м. Київ). - С. 44-68.

50. Головчиц, Л. А. К проблеме терминологии: «сложные, множественные, комплексные..» нарушения развития» / Л. А. Головчиц // Дефектология. – 2011. – № 3. – С. 3–11

51. Граборов А.Н. Основы олигофренопедагогтики. / под. ред. В.Г. Петрова, Т.В. Шевырева. – Москва: Просвещение, 2005.

52. Григорьева Л. П. Концепция диагностики аномального развития детей с сенсорными нарушениями / Л. П. Григорьева // Дефектология. – 1996. – № 8. – С. 3–11 и др.

53. Гречко Л.М. Психологічний супровід дітей з вадами психофізіологічного розвитку в загальноосвітній школі / Л.М. Гречко // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна: Вип.6. – Кам'янець-Подільський – 2006. – С.247-250.

54. Гречко Л. М. Психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання : автор. дис. ... канд. психол. наук / Л. М. Гречко – Кам'янець-Подільський, 2008. – 24 с.

55. Детский церебральный паралич : хрестоматия / сост.: Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. Санкт-Петербург: Дидактика-Плюс, 2003. 520 с.

56. Дульнев Г.М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе / Под ред. Т.А.Власовой, В.Г.Петровой. – Москва: Просвещение, 1981. – 176 с.

57. Духновский С. В. Психологическое сопровождение подростков в критических ситуациях: Учебное пособие / С. В. Духновский. – Курган, 2003. – 124 с.

58. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Системный подход к разработке программы коррекционно-развивающего обучения детей с нарушениями интеллекта / Е. А. Екжанова // Дефектология, 1999. - №6. С. 25-34.
59. Еременко И.Г. Олигофренопедагогика / И.Г. Еременко. – Київ: Вища школа, 1985. – 326 с.
60. Єрмоєнко О.А. Сутність педагогічного супроводу освітнього процесу /О.А. Єрмоєнко/ Укр.інж.-пед акад.. – Харків: [б.в.], 2012. – Вип. 36. – С.96-100
61. Єременко І.Г., Мерсіянова Г.М. Навчання учнів допоміжної школи користуватися знаннями й уміннями / І.Г. Єременко, Г.М. Мерсіянова. – Київ: Рад. шк., 1971. – С. 13.
62. Епифанцева Т. Б. [и др.] Настольная книга педагога-дефектолога. Изд. 3-е. / Т.Б. Епифанцева. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. 576 с.)
63. Жигорева М.В. Актуальные вопросы диагностики комплексных нарушений развития у детей / М.В. Жигорева // Кор. педагогика, 2004. - №4(6). - С 3-10
64. Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / М.В. Жигорева. – Москва: Академия, 2006. - 240 с.
65. Жмихова І. Б. Толерантна педагогіка в освітньому та виховному просторі школи / І. Б. Жмихова // Виховна робота в школі. – 2009. – №6. – С. 41–47.
66. Забрамная С.Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения / С.Д. Забрамная. - Москва: Просвещение, 1988. – 94 с.
67. Занков Л.В. Избранные педагогические труды / Л.В. Занков. – Москва: Педагогика, 1990. – 424 с.
68. Зверева І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями / Зверева І.Д., Іванова І.Б. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – Київ, 1995. – С. 4 – 10.
69. Ипполитова М. В., Мастюкова Е. М. Формирование предпосылок учебной деятельности у дошкольников, страдающих церебральным параличом // Детский церебральный паралич : хрестоматія / сост. Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. — Москва: Инстит общегуманитарных исследований. - 2003. – 520 с.

70. Інвалідність та суспільство. Навчальний посібник / за ред. Л. Байди, О.Красюкова-Енс, С.Буров, В.Азін. - Київ: - 2011. - С.188.
71. Інвалідність та суспільство:навчально-методичний посібник. За заг. редакцією Байди Л., Красюкової – Еннс О. / Кол. авторів: Байда Л., Красюкова – Еннс О., Буров С, Азін В., Грибальський Я., Найда Ю. – Київ, 2012. - 216 с.
72. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д.Н. Исаев. – Санкт-Петербург: Речь. - 2003.- 391 с.
73. Казакова Є. І. Система комплексного супроводу дитини: від концепції до практики / Є.І. Казакова. – Санкт-Петербург, 1998.
74. Катаева А. А., Басилова Т. А., Гончарова Е. Л. О некоторых аспектах изучения психического развития слепоглухих детей, потерявших слух и зрение на разных этапах онтогенеза / А.А. Катаева, Т.А. Басилова, Е.Л. Гончарова // Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей : сб. науч.тр. Москва: Изд-во АПН СССР. - 1989. - С. 41–46.
75. Калижнюк Э.С., Кириченко Е.И. Психические нарушения при детском церебральном параличе / Э.С. Калижнюк, Е.И. Кириченко. — Москва. - 1975.
76. 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. – 20 с.
77. Клинико-психологическое исследование глухих детей со сложными дефектами: сб. науч. трудов / под ред. М. Певзнер, Т. Розановой. - Москва -1980. – 79 с.
78. Кобильченко В.В. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та слуху / [В.В. Кобильченко, Л.С. Вавіна, К.О. Глущенко та ін.]; за ред. Вавіної Л.С. – Київ: Наук. світ, 2009. – 168 с.
79. Козырева Е. А. Программа психологического сопровождения школьников, их учителей и родителей / Е. А. Козырева // Психологическая наука и образование. – 2000. – № 2. – С. 22-29.

80. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади: Монографія / А.А. Колупаєва. – Київ: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
81. Колупаєва А. А. «Інклюзивна освіта: реалії та перспективи» - Київ: Самміт-книга. – 2009. - 269 с.
82. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка: роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности ребенка / М.М. Кольцова.- Москва: Педагогика. - 1973. – 144 с.
83. Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічне вивчення дітей з вадами мовлення / С.Ю. Конопляста // Удосконалення підготовки наук.-пед. кадрів в Україні : зб. наукових праць. Київ: УДПУ імені М.П. Драгоманова, 1997. – С. 112 – 117.
84. Корнейчук С. П. Социализация детей с тяжелыми множественными нарушениями средствами адаптивной физической культуры / С. Корнейчук, О. Бычек, Н. Пасюк // Материалы науч.-практ. межд. интернет-конф. «Формирование личности ребенка с особыми потребностями в условиях меняющегося мира» 17 января 2011 г. – 17 марта 2011 г. Республика Беларусь, Минск - 2011.
85. Коррекционная помощь детям раннего возраста / под редакцией Стребеловой Е. А./ методическое пособие - Москва: Экзамен. - 2004. – 13 с.
86. Косовська Мирослава. Готовність учителя до забезпечення якісної освіти молодших школярів у нетрадиційних умовах функціонування сільських малокомплектних шкіл / М. Косовська // Школа першого ступеня: теорія і практика : зб. наук. праць Переяслав-Хмельницького держ. пед. ун-ту ім. Г. Сковороди / редкол.: В. П. Коцур [та ін.]. – Тернопіль: Астон. – 2005 – С .196-205
87. Кочетова А. И. От ребенка – к семье и к совместному сотрудничеству. Новые аспекты взаимодействия семьи и школы / А. И. Кочетова // Народное образование. – 2005. – № 8. – С. 196–202.
88. Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. / О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова // Альманах ИКП РАО: разработка и внедрение специальных государственных образовательных стандартов для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. – Москва, 2009. - №13.

89. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики: Уч. Пособие / В.А. Липа. – Донецк: Лебедь, 2002. – 327 с.
90. Левченко И.Ю., Ипполитова М.В., Хайрулина И.А. Дифференциация детей с нарушением опорно-двигательного аппарата с учетом особенностей и возможностей овладения ими учебным материалом / И.Ю. Левченко, М.В. Ипполитова, И.А. Хайрулина // Концепция государственного стандарта общего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. — Москва - 1997.
91. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие для студ. Сред. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. — Москва: Академия. - 2001. – 192 с.
92. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А.Г. Литвак. - СПб.: Каро. - 2006. - 336 с.
93. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский - Москва: Педагогика. - 1989. – 104 с.
94. Лубовский В. И. Дифференцированный подход к проблеме слепоглухоты / В. И. Лубовский // Психол. журнал. – 1989. – № 3. – С. 144-146.
95. Лукашева И. Л. Распространенность и клинические формы сложного дефекта интеллекта и зрения / И.Л. Лукашева // Исследованные формы олигофрении и других аномалий развития у детей. — М. - 1983.
96. Малофеев Н. Н. Система специального образования на этапе модернизации / Н.Н. Малофеев // Дефектология. - 2011. - № 2. - С. 3–17.
97. Мамайчук И. И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом / И.И. Мамайчук // Дефектология. — 1978. - № 3. – С.26-27
98. Матвеева М.П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку: Навчально-методичний посібник / М.П. Матвеева, С.П. Миронова – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, 2005. – 164 с.

99. Марковская И.Ф., Екжанова Е.А. Развитие тонкой моторики рук у детей с ДЦП / И.Ф. Марковская, Е.А. Екжанова // Дефектология, 1988, №4. – С. 62-65.
100. Мареева Г.А. Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами / Г.А. Мареева // Дефектология. №4.-1979.
101. Мартиненко И.В. К проблеме использования альтернативных и дополнительных средств коммуникации в работе с детьми с тяжелыми речевыми нарушениями. Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию: / И.В. Мартиненко // сб. науч. тр. и матер. Архангельск: ГОУВПО « Помор. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова». – 2009.
102. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. - Москва: Просвещение. - 1992 - С.4.
103. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. - Москва: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС. - 2003. - 408 с.
104. Мастюкова Е. М. Интеллектуальные нарушения при детском церебральном параличе / Е.М. Мастюкова // Дефектология. — 1984. — № 3. – С.12-19.
105. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика ранний и дошкольный возраст / Е.М. Мастюкова. – Москва: ВЛАДОС. - 1997. – 304 с
106. Мастюкова Е.М., Переслени Л. И., Певзнер М. С. К проблеме диагностики структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, Л.И. Перелесни, М.С. Певзнер // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. — Москва - 1988.
107. Мастюкова О.М. Дитина з відхиленнями в розвитку: рання діагностика і корекція / О.М. Мастюкова. – Москва: Просвіта - 1992. – С. 6
108. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения / Мещеряков А. – Москва: Просвещение - 1974. – 328 с.
109. Мещеряков А. И. Первоначальное обучение слепоглухонемого ребенка / А. И. Мещеряков, Р. А. Мареева – Москва: Просвещение. – 1964. – (для учителей и воспитателей слепоглухонемых детей).

110. Мещеряков А. И. Как формируется человеческая психика при отсутствии зрения, слуха и речи / А. И. Мещеряков // Вопросы философии. – 1968. – № 9. – С. 109-118.
111. Мещеряков А. И. Из истории обучения слепоглухонемых детей / А.И. Мещеряков // Специальная школа. – 1969. – № 1. – С.89-99.
112. Мещеряков А. И. Психическое развитие в условиях сенсорных дефектов / А. И. Мещеряков // Специальная школа. – в. 6 (126). – 1967. – С. 131 – 139.
113. Мещеряков А. И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами / А. И. Мещеряков // Дефектология. – 1973. – № 3. – С. 65 – 70.
114. Миронова С.П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс: Навчальний посібник. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничий відділ, 2008. – 204 с.
115. Навчальний посібник «Інвалідність та суспільство, Київ: 2011. - С. 31.
116. Назарова Н. М. Специальная педагогика / Н.М. Назарова. - Москва: Академия. – 2000 – 519 с.
117. Нарышкина Е.С. Исследование особенностей памяти у слепых школьников с нормальным и нарушенным интеллектом / Е.С. Нарышкина // Вопросы изучения, обучения и воспитания аномальных детей: тезисы докладов. — Москва: 1974. – С. 52-56.
118. Обухова О.Е. Психологическое сопровождение профильной смены «Одаренные дети» / О.Е. Обухова // Одаренный ребенок. – 2003. – № 6. – С. 34-35.
119. Обучение детей с нарушением интеллектуального развития: (олигофренопедагогика): Учеб. Пособие // Б.П. Пузанов, Н.П. Коняева, Б.Б. Горский и др. под ред. Б.П. Пузанова. - Москва: Академия, 2000. - 272 с.
120. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. – Москва: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. – 232 с.
121. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С.П.Миронова, О.В.Гаврилов, М.П.Матвєєва; [За заг. ред. С.П.Миронової]. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. – 264 с.

122. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др. под ред. Л. В. Кузнецовой. — Москва: Академия. - 2002. — 480 с.
123. Парамей О. В. Ретинопатия недоношенных: особенности заболевания / О. В. Парамей // Физическое воспитание детей с нарушением зрения. — 2004. — №5. — С. 40–44.
124. Певзнер М. С., Лубовский В. И. Динамика развития детей олигофренов / М.С. Певзнер, В.И. Лубовский. М.: АПН РСФСР. - 1963. — 223 с.
125. Певзнер М.С. Клинико-психологическое изучение умственно отсталых детей с глубокими нарушениями зрения и слуха / М.С. Певзнер, Г.П. Бертынь, Р.А. Мареева // Дефектология. — 1980. - №4.
126. Певзнер М.С., Молчановская И.В., Давыдов Н.П. Клинико-психологопедагогическая характеристика умственно отсталых учащихся с глубокими поражениями зрения / М.С. Певзнер, И.В. Молчановская, Н.П. Давыдов // Дефектология. — 1983. — № 6.
127. Певзнер М. С. Особенности этиопатогенеза и структуры дефекта при слепоглухоте у детей / М. С. Певзнер, Г. П. Бертынь, Р. А. Мареева. // сборник: Коррекционно-воспитательная работа с детьми при глубоких нарушениях зрения и слуха. - Москва: АПН СССР. - 1986. — С. 17-32.
128. Петрова В. Г. Кто они дети с отклонениями в развитии? / В. Петрова, И. Белякова. — Москва: Флинта: Московский психол.-соц. институт, 1998. — 104 с.
129. Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. - Москва: Академия. - 2002. - 124 с.
130. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов / под редакцией М. М. Семаго. Москва: Аркти. - 1999.
131. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та інтелекту / [за ред. В. І. Бондаря, Л. С. Вавіної, В. В. Тарасун]. — Київ: Інститут спеціальної педагогіки АПН України. - 2008. — с. 284. - (Навчально-методичний посібник).
132. Психолого – педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі. Хрестоматія. Навчальний посібник / За ред. С.П.Миронової. - Кам'янець-

Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 2004. – 220с.

133. Приходько О. Г. Педагогические системы обучения и воспитания людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / О. Приходько // Специальная педагогика : в 3 т. Т. 3 / под ред. Н. М. Назаровой. Москва: Академия. - 2008. С. 238–274.

134. Ремажевська В.М. Абетка для дорослих: навчання дітей з вадами зору в ранньому віці / В.М. Ремажевська. – Львів, 2010. – 132 с.

135. Розанова Т.В. Методы психолого-педагогического изучения глухих детей со сложным дефектом / Т.В. Розанова // Дефектология. – 1992. -№2-3. – С. 5-11.

136. Ростамашвілі Л.М. Інноваційний підхід до оцінювання психофізичного стану здоров'я дитини зі складними порушенням розвитку: труднощі діагностики та шляхи їх подолання / Л.М. Ростамашвілі // Вчені записки університету імені П.Ф. Лесгафта. - №2(84) – 2012. - С.2.

137. Савченко О.Я. Методика читання у початкових класах: Посіб. для вчителя / О.Я. Савченко – Київ: Освіта. - 2007. – 334 с.

138. Саломатина И.В. Синдром Ушера и наши дети. Родителям детей с нарушением слуха. / И.В. Саломатина - М.: - 2001. – 112 с.

139. Сасіна І.О., Гребенюк Т.М. - Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями зору в умовах інклюзивного навчання // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 9, у 2 т./ за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова.– Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006. - 2017. – С. 177.

140. Сековец Л. С. Коррекционная направленность физического воспитания дошкольников с монокулярным зрением: автореф. дис. на здобуття д-ра пед. наук. Москва, 2002. - 46 с.

141. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности / Н. Семаго, М. Семаго. - Москва: Генезис, 2011.

142. Синьов В.М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В.М. Синьов. – Київ: МП Леся, 2010. – 799 с.
143. Синьова Є. П. Тифлопсихологія: підручник / Євгенія Павлівна Синьова. – Київ: Знання, 2008. – 365 с.
144. Синельникова И.Г. Особенности развития познавательной сферы / И.Г. Синельникова // Основы специальной психологии / под ред. Л.В.Кузнецовой. — Москва: 2002. — С. 286 — 287.
145. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Слепоглухота. Классификация и проблемы. Слепоглухота: учеб. Пособие / С. Сироткин, Э. Шакенова. – Москва: ВОС, 1989. - 86 с.
146. Скрипченко О.В. Вікова та педагогічна психологія: навч. посібник / О. Скрипченко, Л. Долинська, З. Огороднійчук. – Київ: Просвіта, 2001. – 416 с.
147. Соколянський И. А. Обучение слепоглухонемых детей / И.А. Соколянський // Дефектология. - 1989. - № 2. - С. 71–75
148. Соколянський И.А. Обучение слепоглухих детей // Обучение и воспитание слепоглухих / Под ред. И. А. Соколянского, А. И. Мещерякова / Известия АПН. - 1962. Вып. 121. – С. 5-10.
149. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства / Л.И. Солнцева. — Москва: Полиграф сервис, 2002. – 250 с.
150. Соловей О. Мультидисциплінарний підхід до психологічного супроводу дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги / О. Соловей // Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації. - №3. – 2012. - С.203.
151. Статистичний бюлетень показників розвитку психологічної служби та психолого-медико-педагогічної консультації за 2013-2014 рр. [Березіна Н.О., Лунченко Н.В., Обухівська А.Т. та ін.]– Київ: Ніка-центр, 2014 – С.68.
152. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. – Москва: Академия, 2001. – 312 с.
153. Супрун М.О. Інклюзія як модель рівності та захищеності / М.О. Супрун, М.І. Осипчук // Науковий вісник СНТ НПУ ім. М.П. Драгоманова, ім. Григорія Волинки. - 2016. - Випуск 1. – С. 57–59.

154. Федоренко С.В. Тифлопедагогіка: підручник / С.В. Федоренко. – Київ, 2009. – 324 с.
155. Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах / под ред. Л. Плаксиной. — Калуга: Адель, 1998. – 321 с.
156. Форми навчання в школі: книга для вчителя / За редакцією Ю.І. Мальованого. – Київ: Освіта, 1992. – 160 с.
157. Фильчикова Л.И. Нарушения зрения у детей раннего возраста / Л.И. Фильчикова, М.Э. Вернадская, О.В. Парамей.- Москва: 2003. – С. 45-66.
158. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом /Р. Хольц. - Москва: Теревинф, 2006. – 336 с.
159. Хохліна О.П. Психолого-педагогічні основи корекційної спрямованості трудового навчання учнів з вадами розумового розвитку / О.П. Хохліна. – Київ: Пед. думка, 2000. – 288 с.
160. Чеботарьова О. Корекційна спрямованість індивідуального навчання дітей із ДЦП / О. Чеботарьова // Дефектологія. – 2005. - №2. – С. 28-30.
161. Чередов И. М. О дифференцированном обучении на уроке / И. М. Чередов. – Омск: Западносибир. книж. изд-во, 1973. – 153 с.
162. Чиркова Т.П. Психологическая служба в детском саду / Т.П. Чиркова. - Москва: Педагогическое общество России, 2000. - 224 с.
163. Чулков В.Н. Развитие и образование детей со сложными нарушениями развития / В.Н. Чулков // Специальная педагогика: учеб.пособие для студентов пед. вузов / под. ред. Н. М. Назаровой. – Москва: Academia, 2000. – С. 332-344.
164. Шилов Д. С. Законодательное совершенствование понятийного аппарата специальной педагогики и специального образования / Д.С. Шилов // Понятийный аппарат педагогики и образования: сб. науч. тр. Вып. 4 / отв. ред. М. А. Галагузова. – Екатеринбург: СВ-96, 2001. – С. 414–418.
165. Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. — Москва: 2001. – 272 с.

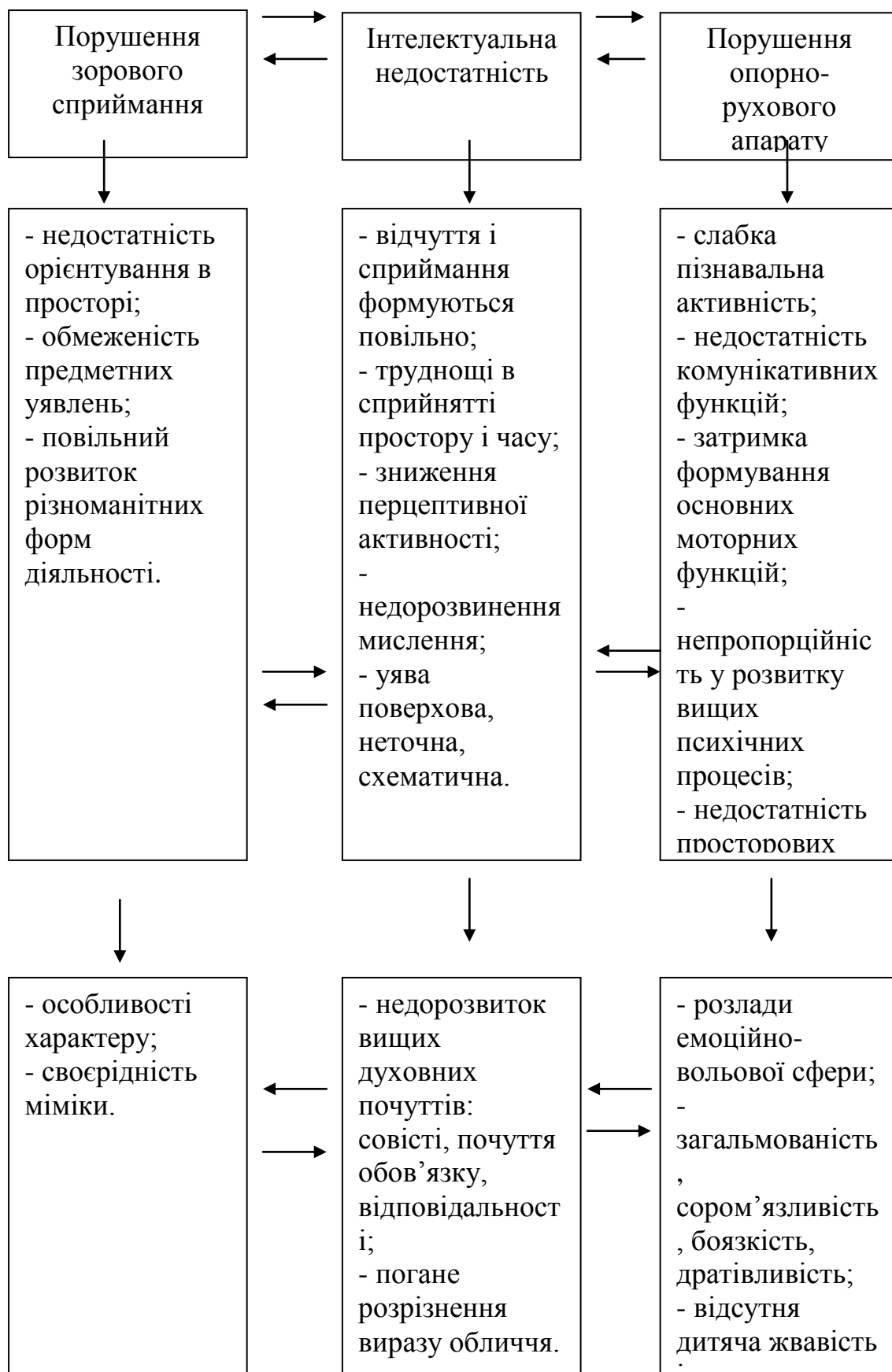
166. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. — 2-е изд., перераб. и дополн. — Санкт-Петербург: Речь, 2005. — 477 с.
167. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич : хрестоматия / Л.М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – Санкт-Петербург: Дидактика-Плюс, 2003. - 520 с.
168. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: обучение и воспитание /Отто Шпек; пер. с нем. А. П. Голубев. – Москва: АCADEMIA, 2003. - 428 с.
169. Юганова И. В. Изучение типологических особенностей детей с нарушением зрения и интеллекта / И.В. Юганова // Современные исследования по проблемам учебной и трудовой деятельности аномальных детей: тезисы докладов. — Москва, 1990.
170. Яшкова Н.В. Наглядное мышление глухих детей / Н.В. Яшкова — Москва: Педагогика, 1988. – 141 с.
171. Dunlap W. A. Functional Classification System for the Deaf-Blind / W. A. Dunlap // American Annals of the Deaf, 1985. – Vol. 130. - № 3. - P. 236–243.
172. Moores D. F. Education the deaf: psychology, principles and practices / D. F. Moores. – Boston: 1987. – 143 p
173. Van Dijk J. P. M. Steotyped behavior in rubella-deaf and deafblind people / J. P. M. Van Dijk // Deaf-blind education. - 1989. - № 3. - P. 8–10.
174. Van Dijk J. P. M. Motor development in the education of deaf-blind children / J. P. M. Van Dijk // Proceedings of the conference on the deaf-blind. – Denmark: Boston Perkins School for the Blind, 1965. – P. 41–47.
175. Van Dijk J. Deafblind children. In H. Nakken (Ed.), Meervoudig gehandicaptен / J. P. M. Van Dijk, M. Janssen. - Rotterdam: Lemniscaat. -1993. - pp. 34-73.
176. Coll J. L'examen audifitet les moyens de communication chez le sourd-aveugle // Bulletin d'audiophonologie. - 1983. - Vol. I. - P.16–52 .
177. Van Dijk J. An educational curriculum for deafblind multi-handicapped persons. In D. Ellis (Ed.) / J. Van Dijk // Sensory impairments in mentally handicapped people. - 1986. - pp. 374-382.

178. Lieberman L.J. Games for people with sensory impairments / L.J. Lieberman, J.F. Cowart. - United States of America: Human Kinetics, 1996. - 146 p.
179. Geenens D. L. Neurobiological development and cognition in the deafblind. In J. M. McInnes (Ed.) / D. L. Geenens // A guide to planning and support for individuals who are deafblind. - Toronto: University of Toronto Press. - 1999. - pp. 150-174.
180. Van Dijk J. An educational curriculum for deafblind multi-handicapped persons. In D. Ellis (Ed.) / J. Van Dijk // Sensory impairments in mentally handicapped people. - 1986. - pp. 374-382.
181. Cowart J. Adapted Instructional and Equipment Ideas for Use with Students Who Are Multiply Handicapped Blind Within a Leisure Time Context / J. Cowart // Psychomotor Domain Training and Serious Disabilities / Jansma, P. (ed.). – 4th edition. – New York : University Press of America, 1993. – 408 p.
182. Обследование по шкалам KID / RCDI [Электронный ресурс] http://invalid24.ru/maintenance/otsenka_urovnya_razvitiya_rebyenka_po_shkalam/index.php?ELEMENT_ID=46407.
183. А.Р. Лурия. Лекции по общей психологии [Электронный ресурс] http://yanko.lib.ru/books/psycho/luriya=lekicii_po_ob_psc.pdf.
184. Зрительно-моторный гештальт-тест Л. Бендера [Электронный ресурс] <https://studfiles.net/preview/2299392/>.
185. Тест на мышление ребенка «Последовательность событий» (А.Н. Бернштейн)[Электронный ресурс] <https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologogiceskaa-diagnostika-testy/testy-dla-detej-ot-5-do-7-let/test-na-myslenie-posledovatelnost-sobytij-a-n-bernstejn>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура комплексного порушення зору, інтелекту і опорно-рухового апарату



Додаток Б

Анамнестичні дані дітей з комплексними порушеннями розвитку,
які взяли участь у дослідженні

№ п/п	Ім'я дитини	Вік на момент обстеження	Діагноз
1.	Марія В.	8 р. 7 міс.	спастичний тетрапарез, збіжна косоокість, порушення інтелекту F1, псевдобульбарний синдром
2.	Микита Д.	9 р 2 м.	ДЦП, дискінетична форма, затримка мовного розвитку I-II рівня, стерта форма дизартрії, ЗПР, міопія
3.	Артем С.	8 р.6. м	ДЦП, спастичний тетрапарез, вроджені пороки головного мозку, агенезія мозолистого тіла, гідроцефалія, відставання психічного та мовленнєвого розвитку, далекозорість, F 71
4.	Ярослав С.	10 р.	ДЦП, гіперкінетична форма, ЗПР помірного ступеню, дизартрія
5.	Марта С.	7 р.	порушення опорно-рухового апарату, ДЦП, спастичний тетрапарез, стан після закритої черепно-мозкової травми, порушення розумового розвитку у формі помірної розумової відсталості, мовлення відсутнє, часткова атрофія зорового нерву, астигматизм
6.	Володимир М.	7 р.8. м.	ВСП, вторинний дефект міжпередсердної перетинки, ДЦП, F70, мозкова дисфункція, ЗНМ I рівня, зоровий аналізатор в межах норми, але обстеження обмежує відсутність мовлення
7.	Олександр С.	9 р 4 м.	ДЦП, спастичний тетрапарез, симптомалогічна епілепсія, ЗПР, міопія
8.	Анастасія В.	8 р. 10. м.	ДЦП, тетрапарез, псевдобульбарний синдром, стерта дизартрія, часткова атрофія зорових нервів, ністагм, глибока амбліопія, затримка психічного розвитку
9.	Дмитро А.	7 р.5 м.	ДЦП, подвійна диплегія, амавроз центрального характеру, дизартрія, загальний недорозвиток мовлення II рівня, затримка психічного розвитку
10.	Анастасія П.	9 р. 1 м.	порушення розумового розвитку у формі помірної розумової відсталості, ДЦП, лівосторонній геміпарез, системне порушення пізнавальної діяльності, системний недорозвиток мовлення I рівня, косоокість
11.	Софія Б.	7 р.7 м.	порушення опорно-рухового апарату, ДЦП, спастична диплегія, гідроцефалія, системне порушення пізнавальної діяльності, системний недорозвиток мовлення I рівня, порушення інтелектуального розвитку у формі помірної розумової відсталості, ангіопатія сітківки обох очей
12.	Владислав Б.	7 р. 5 м.	порушення опорно-рухового апарату, прогресуюча м'язова дистрофія Дюшена, ЗПР на тлі органічного ураження ЦНС, міопія
13.	Мар'яна Б.	7 р. 7 міс.	порушення опорно-рухового апарату, пірамідно-екстрапірамідний тетрапарез, порушення розумового розвитку у формі помірної розумової відсталості, системний недорозвиток мовлення I рівня, порушення зорових функцій
14.	Ольга В.	7 р. 9	порушення опорно-рухового апарату, спастичний тетрапарез,

		міс.	ЗПР, загальний недорозвиток мовлення I-II рівня, порушення зорових функцій
15.	Максим І.	6 р. 5 міс.	порушення опорно-рухового апарату внаслідок ВПР головного мозку стан після шунтування, прогресуюча гідроцефалія, ЗПР, ретинопатія недоношених II-III ступені, мікрофтальм
16.	Євгеній М.	8 р. 8 міс.	порушення опорно-рухового апарату, ДЦП, спастичний три парез, дисплазія кульшових суглобів, ЗПР на тлі органічного ураження ЦНС пренатального генезу, загальний недорозвиток мовлення III рівня
17.	Олександр П.	8 р. 1 міс.	порушення опорно-рухового апарату, міотичний синдром, порушення розумового розвитку внаслідок генетичного захворювання (галюцистонурія – порушення ліпідного розвитку), системний недорозвиток мовлення, помірна розумова відсталість, міопія
18.	Олександр С.	7 р. 2 м.	порушення опорно-рухового апарату: ДЦП, подвійна геміплегія, порушення розумового розвитку у формі легкої розумової відсталості, системний недорозвиток мовлення I-II рівня, східна косоокість
19.	Меланія О.	7 р. 4 м.	порушення опорно-рухового апарату, три парез в ногах справа спастичного характеру, стан після субтотального видалення пухлини стовбура головного мозку, симптоматична епілепсія, порушення розумового розвитку у формі легкої розумової відсталості, системний недорозвиток мовлення III рівня, порушення зорової функції
20.	Максим В.	8 р. 3 м.	порушення опорно-рухового апарату, помірна розумова відсталість, ретинопатія V ступеня обох очей
21.	Дмитро Б.	9 р. 1 м.	ДЦП, нижній в'ялий парапарез, часткова атрофія зорових нервів, порушення розумового розвитку у формі легкої розумової відсталості, системний недорозвиток мовлення III рівня
22.	Олександр К.	8 р. 8 м.	ДЦП, спастичний тетрапарез, тотальне відшарування сітківки, вроджений недорозвиток зорових нервів, ЗПР, дизартрія
23.	Михайло Ф.	7 р 3 м.	ретинопатія недоношених V ступінь обох очей, афакія, мікроцефальний синдром, порушення слуху, зниження інтелектуальної продуктивності внаслідок вродженої патології F09, легка розумова відсталість, подвійна нейросенсорна туговухість
24.	Назар О.	10 р.6 м.	ДЦП, спастична диплегія, F 72, епілепсія, часткова атрофія зорових нервів, туговухість II ступеня, синдром Денді Уокера, сенсомоторна алалія
25.	Віталік Д.	7 р.4 м.	вроджена аномалія сітчатки обох очей, помірна розумова відсталість, порушення опорно-рухового апарату, відсутність мовлення
26.	Володимир Д.	7 р. 4 м.	вроджена аномалія сітчатки обох очей, помірна розумова відсталість, порушення опорно-рухового апарату, відсутність мовлення
27.	Оксана О.	6 р. 2 м.	порушення опорно-рухового апарату, порушення розумового розвитку у формі легкої розумової відсталості, системний недорозвиток мовлення I-II рівня, міопія високого ступеня, східна косоокість

Додаток В

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ БАТЬКІВ

ПІБ дитини: _____

Вік: _____

Діагноз: _____

Діагностика стану моторики рук і дрібної моторики

Стан розвитку хапальних дій

Ігрові вправи: «Візьми ложку», «Постукай предметами», «Вийми предмет з коробки», «Склади в коробку», «Побудуй башту з двох кубиків», «Кинь у пляшку камінець», «Злови та кинь великий і маленький м'яч», «Розстібни та застібни блискавку».

Нульовий рівень

- дитина не рухає руками, активність знижена, всі представлені завдання є складними для самостійного виконання дитиною; руки дитини спастичні або гіпотонічні.

Низький рівень

- робить хапання предмета обома руками, але не може захопити м'яч через напруженість пальців та кисті (спастичність) або через зайву розслабленість (гіпотонію), предмет не утримує;
- робить хапання предмета обома руками, але долоні розкриваються з труднощами, предмет не утримує;
- хапає предмет, притискуючи його двома затиснутими кулачками, довго не утримує;
- збереженою рукою робить спроби до хапання предмета, використовуючи при цьому «долоннево-пальцеве» хапання (при зігнутій до зап'ястя долоні, 2-5 й пальці звернуто до предмета, притискуючи його до центру кисті), а слабша рука не бере участі в хапанні предмета;
- предмет намагається схопити обома руками, але робить багато зайвих рухів (рухає ногами, відкриває рот, підскакує тощо або з'являються гіперкінетичні рухи).

Середній рівень

- хапання предмета виконує ведучою рукою, підтримуючи його більш слабкою;
- предмет хапає двома руками при цьому долоні розкриває неповністю, предмет утримати довго не може;
- збереженою рукою здійснює «пінцетне» хапання (між великим і вказівним пальцем), слабкою рукою предмет підтримує;
- збереженою рукою здійснює «пальцеве» хапання (предмет утримує між 2-5ми пальцями і великим, але між долонею та предметом залишається місце), слабкою рукою м'яч підтримує;

Достатній рівень

- м'яч хапає збереженою рукою, на більш слабшій руці спостерігаються тремтіння пальців, додаткові рухи кисті, але слабка рука підтримує м'яч, притискаючи до себе;
- хапає м'яч двома руками, долоні розкриваються повністю (великі предмети намагається брати двома руками, маленькі – збереженою рукою);
- збереженою рукою здійснює хапання двома пальцями, а слабкою рукою допомагає притримувати м'яча;
- збереженою рукою здійснює хапання пучечком пальців, а слабкою рукою допомагає притримувати м'яча;
- збереженою рукою здійснює хапання всіма пальцями, а слабкою рукою допомагає притримувати м'яча;

Високий рівень

- долоні розкриваються повністю, хапання предмета здійснюється двома руками різними способами: всіма пальцями, пучечком, двома пальцями;
- здійснює симетричне хапання предмета двома руками.

Стан розвитку рухових можливостей дитини.

Ігрові вправи: «Підніми дві руки вгору», «Зігни руки в ліктях», «Розведи руки в сторони», «Відкрий коробку», «Намалюй», «Зніми одяг», «Перегорни сторінку», «Дістань намистинки з мішечка», «Кинь м'ячик над головою».

Нульовий рівень

рухова активність у дитини відсутня, дитина не рухає руками, голова опущена;

Низький рівень

рухи різко обмежені, відмічаються сильне напруження та утруднення при виконанні довільних рухів;

на ведучій руці рухи більш природні, а на слабшій руці різко обмежені, руки у ліктьовому суглобі не вирівнює.

Середній рівень

на ведучій руці рухи більш природні, а на слабшій руці різко обмежені, неповне вирівнювання руки у ліктьовому суглобі, зниження амплітуди рухів;

при згинанні та випрямлянні рук відмічаються важкорухомість в суглобах;

Достатній рівень

рухи збереженої руки близькі до фізіологічно природних: працює всією рукою;

рухи збереженою рукою природні, практично вільно розгинає та згинає руку, рухи більш слабкою рукою менш природні, слабо скоординовані та менш об'ємні

рухи збереженою рукою природні, піднімає, опускає, витягує, рухи більш слабкою рукою менш природні, слабо скоординовані та менш об'ємні;

Високий рівень

рухи обох рук є природними, тільки окремі рухові функції є обмеженими;

рухи рук вільні, природні, повнооб'ємні.

Стан розвитку м'язових зусиль.

Ігрові вправи: «Розгорни цукерку», «Відкриває коробку», «Тримай фломастер», «Одягни рукавицю», «Відкрути пробку», «Закрути пробку», «Зліпи кульку», «Одягни велику намистинку на проволоку».

Нульовий рівень

слабкі м'язові зусилля, дитина не прикладає м'язових зусиль, щоб зловити м'яч, дитина не рухає руками.

Низький рівень

- м'язові зусилля недостатні або короткочасні, дитина намагається схопити та розгорнути цукерку, але м'язових зусиль недостатньо для виконання цього завдання;

Середній рівень

- м'язові зусилля на збереженій руці короткочасні, дитина намагається відкрити коробку однією рукою, м'язових зусиль на слабшій руці недостатньо.

Достатній рівень

- м'язові зусилля докладає збереженою рукою, а м'язові зусилля слабшої руки проявляються як фонові, але дитина допомагає слабшою рукою для виконання всіх завдань;

Високий рівень

- м'язові зусилля прикладає диференційовано в залежності від виконаних дій;
- м'язові зусилля прикладає однаково двома руками.

Стан рухливості кисті рук

Ігрові вправі «Потисни руку», «Покажи долоньки», «Поклади кульки до коробочки», «Поплескай в долоні», «Погладь ведмедика», «Умивання та витирання рук», «Проведи намистинку по спіралі», «Застібни і розстібни гудзик».

Нульовий рівень

- згинання, розгинання та обертання рук не розвинуті, самотійно виконати завдання не може.

Низький рівень

- згинання, розгинання, обертання кисті рук практично не розвинуті;
- окремо дитина згинає збережену руку, слабку руку не згинає;
- дитина згинає та розгинає збережену руку, слабку руку не згинає і не розгинає, тільки з допомогою дорослих;
- дитина обертає кисті рук з допомогою дорослого;

Середній рівень

- згинання, розгинання та обертання кисті розвинуті недостатньо, статичну рівновагу не утримує у вертикальному положенні;

згинання, розгинання та обертання кисті розвинуті недостатньо, статичну рівновагу не утримує у горизонтальному положенні;

Достатній рівень

згинання, розгинання та обертання кисті рук недостатньо розвинуті на обох руках, амплітуда рухів низька;

статичну рівновагу утримує короткочасно і тільки збереженою рукою;

згинання, розгинання та обертання кисті збереженої руки розвинуті достатньо, більш слабкою – в залежності від ступені ураження;

статичну рівновагу утримує збереженою рукою, слабкою рукою тільки короткочасно;

Високий рівень

згинання кисті обох рук розвинуті достатньо;

розвинуте розгинання кисті обох рук;

обертання кисті обох рук розвинуті достатньо, амплітуда обертання повна;

статичну рівновагу утримує обома руками.

Стан розвитку диференційованих рухів пальців.

Ігрові вправи: «Стисни руки в кулачок», «Відкрий коробку» «Повтори рух», «Переклади дрібні фігурки з однієї коробки в іншу», «Склади папір навпіл», «Покажи предмети за допомогою вказівного пальця», «Покажи пальчик», «Розріж папір».

Нульовий рівень

пальці рук різко обмежені, руки стиснуті в кулачки, протиставлення великого пальця не сформоване.

Низький рівень

рухи пальців різко обмежені, обидві руки зведені до долоні;

не здатність до самостійного розведення і зведення пальців;

при допомозі дорослого розвести пальці повертаються у вихідне положення;

рухи пальців збереженої руки недостатньо розвинуті та скоординовані: на збереженій руці розводять пальці з труднощами, на слабкій руці самостійно відсовує тільки великий палець та (або) мізинець;

при з'єднанні пальців відмічається різне їх змикання – від повного до незначного (в залежності від м'язового тону);

Середній рівень

при розведенні пальців статичну рівновагу на збереженій руці утримує з труднощами, на слабкій – не утримує;

з труднощами виділяє по одному пальцю, одночасно декілька пальців не виділяє;

Достатній рівень

рухи пальців збереженої руки природні, більш слабкої – напружені або розслаблені, на слабкій руці роз'єднує пальці з труднощами, чим їх поєднує;

при розведенні пальців статичну рівновагу на збереженій руці утримує, на слабкій – з труднощами;

одночасно декілька пальців із зімкнутих в кулак виділяє з труднощами;

особливі труднощі з виділенням безіменного та середнього пальців (у виділенні по одному та у поєднанні з іншими).

Високий рівень

роз'єднує та поєднує пальці вільно та природньо, статичну рівновагу утримує;

вільно виділяє і по одному пальцю, і по декілька (труднощі виникають тільки з показом безіменного пальця ізолювано або в поєднанні з іншими).

Стан розвитку узгодженості дій рук.

Ігрові вправи: «Підніми дві руки вгору», «Розпакуй предмет», «Повітряна кулька», «Розріж папір».

Нульовий рівень

дитина не рухає руками, така функція, як узгодженість рук, не розвинута;

Низький рівень

- узгодженість рук розвинена недостатньо, дитина працює тільки збереженою рукою;

Середній рівень

- рухи рук слабо узгоджені, предмет самостійно не бере двома руками, утримує з труднощами, притискуючи до себе, виконує завдання за допомогою дорослого, піднімає тільки збережену руку, слабша рука не піднімається;

Достатній рівень

- розпаковує коробку однією рукою – збереженою, а більш слабкою – не працює;
- віддати предмет самостійно не може, відштовхує його збереженою рукою, при цьому рухи різноспрямовані та різномірні;
- рухи рук недостатньо узгоджені, рухи рук неточні;
- бере предмет з труднощами у прийнятті необхідної пози для рук;

Високий рівень

- рухи рук узгоджені, природніші рухи у збереженої руки;
- розпаковує коробку обома руками;
- утримує і відштовхує повітряну кульку успішно;
- розрізає папір самостійно, працює обома руками.

Стан розвитку наслідувальних рухів рук.

Ігрова вправа «Спритні ручки» (долоня-кулак) - спрощений варіант проби на динамічний праксис (тест Т.В. Ахутіної).

Нульовий рівень

- наслідувальні рухи не розвинуті;

Низький рівень

- після багаторазового повторення збирає пальці в кулак з труднощами, але розігнути пальці не може;

Середній рівень

- дитина завдання виконує з великими труднощами;
- за допомогою дорослого дитина виконує завдання;

Достатній рівень

- наслідувальні рухи частково відповідають зразку;
- рухи збереженої руки відповідають зразку, виконання слабкою рукою викликає труднощі в темпі і якості рухів.

Високий рівень

- рухи рук відповідають зразку;
- дитина разом із дорослим перевіряє виконання завдання.

Стан розвитку ритмічності рухів рук.

Ігрові вправи: «Поклади кульки до коробочки», «Переклади дрібні предмети з однієї коробки в іншу», «Плесни в долоні три рази».

Нульовий рівень

- ритмічність не розвинута;

Низький рівень

- в заданому темпі рухи не виконує;

Середній рівень

- виконує рухи в певній ритмічності за допомогою дорослого.

Достатній рівень

- збереженою рукою рухи в заданому темпі виконує, слабкою – диференційовано.

Високий рівень

- рухи в заданому темпі виконує обома руками.

Стан розвитку предметно-практичних дій.

Ігрові вправи: «Поклади кульки до коробочки», «Переклади дрібні предмети з однієї коробки в іншу», «Покоти м'яч», «Пересип з однієї миски в іншу», «Перелий воду з однієї посудини у іншу», «Склади свій одяг».

Нульовий рівень

- не сформовані;

Низький рівень

- предметно-практичні дії не сформовані, але спостерігаємо інтерес дитини до предметів, вона намагається рухати руками і хапати предмети, але за призначенням їх не використовує;

Середній рівень

- сформовані частково тільки на збереженій руці;

Достатній рівень

- в основному сформовані на обох руках;

Високий рівень

- повністю сформовані.

Визначення ведучої (прівідної) руки.

Тестові завдання О.Р. Лурія: тест «поза Наполеона», тест «Коробочки», тест «Поплескай в долоньки».

- права рука;
- ліва рука.

Діагностика стану зорового функціонування**Стан розвитку зорової уваги**

Ігрові вправи: «Знайди потрібний предмет», «Розклади в дві коробки», «Розклади ложки і виделки», «Склади розрізну картинку з 2-х, 3-х, 4-х частин».

Нульовий рівень:

- зорова увага не розвинена, дитина не дивиться на предмети і не може знайти потрібний предмет;

Низький рівень:

- дитина розглядає предмети, але хаотично обирає будь-який з представлених;
- вибирає 1-2 предмета із представлених, але не називає предмети;
- розкладає предмети у дві коробки без урахування завдання;

Середній рівень:

- розкладає предмети у дві коробки за зразком та додатковою допомогою дорослого;
- називає усі представлені предмети;

Достатній рівень:

зорова увага розвинена достатньо, дитина розглядає представлені предмети, обирає потрібний, самостійно розкладає у дві коробочки за вербальною інструкцією;

складає розрізні картинки з 2-х частин за допомогою дорослого;

Високий рівень:

самостійно виконує всі представлені завдання;

перевіряє виконане завдання за допомогою дорослого.

Стан розвитку зорової пам'яті:

Ігрові вправи: «П'ять картинок», «П'ять предметів» (дитині пропонується п'ять адаптованих малюнків, які потрібно дитини запам'ятати і назвати, але якщо дитина не розмовляє запропонувати запам'ятати п'ять предметів, які потім вибрати з великої кількості предметів).

Нульовий рівень:

дитина не розглядає представлені предмети, проявляє агресію до виконання завдань;

Низький рівень:

низький рівень зорової пам'яті, дитина не може відтворити представлені предмети;

хаотично обирає предмети і не може згадати ті, які були представлені на початку;

Середній рівень:

згадує один яскравий предмет, інші згадує за допомогою дорослого;

Достатній рівень:

називає 2-3 предмета, інші згадує за допомогою дорослого;

дитина, яка не говорить, вибирає з-поміж інших представлених картинок 2-3, які були представлені раніше;

Високий рівень:

відтворює всі предмети або називає малюнки правильно, допомогу дорослого приймає, активно перевіряє наявність помилок;

дитина, яка не говорить вибирає з-поміж інших картинок всі ті, які були попередньо представлені, допомогу дорослого приймає.

Стан розвитку зорово-моторної координації.

Вправи: візуально-моторний гештальт-тест Л. Бендера (модифікований), ігрова вправа «Подивись та знайди ляльку (машинку)», «Намалюй лінії за зразком».

Мета: обстеження рівня розвитку зорово-моторної координації, способів сприйняття рухомих предметів.

Нульовий рівень

дитина не вміє користуватися зором, зорово-моторна координація та способи сприйняття рухомих предметів не сформовані, дитина не утримує в полі зору зоровий стимул при виконанні зорового завдання;

Низький рівень

зорово-моторна координація розвинута слабо, реагує на великі та яскраві рухомі предмети, утримує в полі зору зоровий стимул декілька секунд, навичка простежування очима за дією рук не сформована;

зорово-моторна координація розвинута недостатньо, виконує зорові завдання з допомогою дорослого;

Середній рівень

рухи очей здійснює тільки в горизонтальній площині, предмет утримує в полі зору недовгий час, допомогу дорослого не приймає;

Достатній рівень

рухи очей здійснює в горизонтальній площині;

рухи очей здійснює у вертикальній площині;

рухи очей здійснює у криволінійній площині (кругові оберти очима тощо);

сформовані способи сприйняття рухомих предметів, частково простежує очима за дією руки, вміє утримувати в полі зору зоровий стимул при виконанні зорового завдання недовгий час, самостійно намагається виконувати зорове завдання з декількома помилками;

Високий рівень

- сформовані уміння проводити лінії від заданого початку до заданого кінця;
- сформовані уміння проводити лінії між кордонами;
- сформовані уміння проводити лінії за зразком;
- сформовані уміння з'єднувати точки прямою лінією;
- сформовані уміння раціонально обирати спосіб дії при виконанні графічних завдань.

Стан рівня розвитку навичок орієнтувально-обстежувальної діяльності.

Вправи: ігрові вправи «Покажи голову, ніс...», «Що в тебе одне? Що в тебе два?», «Візьми олівець в праву руку», «Покажи рукою вперед, вправо,...», «Назви те, що знаходиться попереду, праворуч від тебе...»;

Мета: обстежити рівень розвитку орієнтувально-обстежувальної діяльності.

Нульовий рівень

- не орієнтується у власному тілі, не розуміє вербальну інструкцію та не виконує завдання;

Низький рівень

- дитина орієнтується в собі знаходить і показує частини свого тіла за допомогою дорослого;
- дитина добре орієнтується в собі, безпомилково визначає та називає частини тіла;

Середній рівень

- дитина визначає просторове положення частин тіла, промовляє та (або) показує;
- дитина показує праву та ліву руки за допомогою дорослого;

Достатній рівень

- у дитини сформовані поняття «вправо», «вліво» щодо себе;
- у дитини сформовані поняття «вперед», «назад» щодо себе;
- у дитини сформовані поняття «вгору», «вниз» щодо себе;
- дитина виявляє знання понять попереду, ззаду щодо предмета чи іншої людини;
- дитина виявляє знання понять вгорі, внизу щодо предмета чи іншої людини;

- дитина виявляє знання понять праворуч, ліворуч щодо предмета чи іншої людини;

Високий рівень

- дитина виявляє знання понять попереду праворуч, попереду ліворуч, позаду праворуч, позаду ліворуч щодо предмета чи іншої людини;
- вміє співвідносити розташування предметів у реальному просторі зі схемою;
- моделює найпростіші просторові відносини з геометричних фігур та (або) словесно позначає місце розташування.

Стан розвитку сприймання кольорів.

Вправи: «Знайди такий самий», «Назви кольори за картинками», «Розклади кубики за основними кольорами», «Жовта і червона коробки», «Розклади стрічки за кольорами», «Розстав фігури за кольорами», «Дай певний колір».

Мета: обстеження рівнів розвитку сприймання кольорів.

Нульовий рівень

- хаотично розташовує кубики на дошці без урахування кольору, не розрізняє основних кольорів та не співвідносить їх;

Низький рівень

- за допомогою дорослого співвідносить кубик одного кольору;
- після навчання правильно співвідносить на дошці кубики одного чи двох кольорів;

Середній рівень

- за допомогою дорослого співвідносить два кольори: жовтий та червоний, може скласти жовті предмети у жовту коробочку, а червоні – у червону за зразком дорослого;

Достатній рівень

- правильно співвідносить на дошці три кольори з чотирьох;
- правильно співвідносить з місцем на дошці три основні кольори, але плутає їх назви;

розрізняє самотійно та називає тільки два кольори серед основних кольорів;

за допомогою дорослого співвідносить всі основні кольори та називає їх, користується навідними запитаннями;

Високий рівень

правильно розташовує на дошці кубики за кольором та називає два кольори;

правильно розташовує на дошці кубики за кольором і правильно називає 5 кольорів, безпомилково співвідносить їх за кольором.

Стан розвитку уявлень про еталон форми.

Вправа: ігрові вправи: «Дошка Сегена», «Поклади геометричні фігури в коробку», «Дай квадрат, трикутник», «Знайди фігуру», «Склади геометричну фігуру з двох частин».

Метою спостереження є обстеження рівня розвитку сприймання форми.

Нульовий рівень

дитина не розрізняє геометричні фігури, уявлення про еталони форми не сформовані, з геометричними фігурами не працює;

Низький рівень

хаотично розташовує фігури на дошці;

правильно співвідносить дві контрастні фігури (квадрат і коло), але не називає їх;

Середній рівень

співвідносить геометричні фігури з прорізами в коробці та називає їх за допомогою дорослого;

Достатній рівень

правильно співвідносить три-чотири фігури, але має труднощі в їх називанні;

правильно співвідносить всі фігури і знає назву двох фігур;

Високий рівень

правильно називає чотири фігури і співвідносить всі фігури на дошці;

правильно співвідносить всі фігури і називає всі шість фігур;

- складає геометричні фігури з двох частин та називає їх.

Стан сформованості еталону величини.

Вправи: «Дай велике яблуко, дай маленьке яблуко», «Покажи, де великий, де маленький», «Поклади всі великі фігурки до коробки», «Знайди кожному зайчику його будиночок», «Назви, які це фігури», «Склади пірамідку з двох кілець», «Склади пірамідку з трьох кілець».

Мета: обстеження рівня розвитку сприймання величини.

Нульовий рівень

- дитина не виконує вербальну інструкцію «дай», не приймає та не виконує представлені завдання;

Низький рівень

- маніпулює картинками, але завдання не виконує;
- розглядає картинки, але не розуміє завдання і не виконує його;
- викладає зайчиків на будиночки без співвіднесення величини;
- виконує завдання за зразком;

Середній рівень

- може показати велике та маленьке яблуко, але не називає, на картинках величину показати не може, складає пірамідку за допомогою дорослого;

Достатній рівень

- за допомогою додаткових запитань картинку за величиною викладає правильно;
- самостійно викладає тільки великого зайчика до великого будиночка, інші - неправильно;
- викладає правильно всіх зайчиків, але вербально пояснити чому саме так не може;
- пірамідку складає без урахування величини;

Високий рівень

- викладає правильно та співвідносить величини, пояснює самостійно, перевіряє виконання завдання.

Стан розвитку порівняльного аналізу.

Ігрові вправи для знаходження відмінності та подібності «Два квадрати», «Квадрат і коло», «Трикутник і квадрат», «Великий і маленький м'яч», «Зайчик і кіт», «Корабель і автомобіль». Дітям, у яких відсутнє мовлення пропонували вправи «Покажи тільки іграшки», «Покажи тільки транспорт», «Покажи подібні м'ячі», «Знайди не коло», «Підбери пару до кожного предмета», «Покажи не яблуко і не прапорець», «Покажи не квадрат і не круг», «Покажи не собаку й не кота».

Метою є виявлення особливостей мисленнєвих процесів, зокрема порівняльного аналізу.

Нульовий рівень

не розуміє вербальну інструкцію, малюнки та пред'явлені предмети не розглядає;

Низький рівень

малюнки розглядає, але не може виділити істотні ознаки подібності та розбіжності понять;

показує тільки відомі картинки, знайти однакові м'ячі не може;

Середній рівень

не виділяє істотних ознак подібності та розбіжності, що призводить до слабкості узагальнення та схильності до конкретного мислення, допомогу від дорослого приймає та з його допомогою знаходить відповідь;

після навчання виділяє тільки істотні ознаки розбіжності понять на відомих картинках;

Достатній рівень

виділяє тільки істотні ознаки подібності понять;

виділяє тільки істотні ознаки розбіжності понять;

самостійно знаходить однакові м'ячі;

самостійно виділяє пару предметів;

Високий рівень

істотні ознаки подібності та розбіжності виділяє з деякими незначними помилками, може пояснити свій вибір;

виконує самостійно всі завдання, але через відсутність мовлення не пояснює свій вибір.

Стан розвитку узагальнення

Ігрова вправа «Покажи серед трьох предметів той, який не схожий на інші», «Покажи серед чотирьох предметів той, який не схожий на інші», «Виключи зайвий» (в цій вправі використовуються об'ємні предмети, яскраві малюнки з широким контуром без дрібних деталей).

Метою спостереження є обстеження розумових операцій: класифікація та узагальнення.

Нульовий рівень

інтересу до предметів та малюнків не проявляє, не розглядає їх, виділити несхожий предмет (малюнок) серед інших не може;

Низький рівень

маніпулює малюнками, але не може зробити узагальнення;

малюнки розглядає, але не може узагальнити предмети і виділити зайвий;

за допомогою навідних запитань може виділити несхожий предмет із трьох;

Середній рівень

називає та показує будь-який предмет зайвим;

після навчання може виділити несхожий предмет та зайвий на відомих предметах;

Достатній рівень

ситуативне узагальнення, називає не узагальнюючі слова, а кожний окремий предмет, який входить в цю групу;

орієнтується на зовнішню неіснуючу ознаку (наприклад, колір), але узагальнити предмети не може, тільки після повторної стимуляції, знаходить правильну відповідь та виділяє четвертий зайвий предмет.

Високий рівень

- здійснює узагальнення предметів на основі спільних ознак та правильно виділяє зайвий предмет;
- може пояснити свій вибір та назвати узагальнююче слово.

Стан розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкових зв'язків.

Малюнки та деталі предметів на основі методики «Послідовність подій» Н.О. Бернштейна «Покажи, що було спочатку, а що потім» (малюнки представлені з двох, трьох та чотирьох малюнків; деталі предмета (сніговичок)), які є об'ємними та без дрібних деталей.

Метою спостереження є виявлення розвитку логічного мислення, рівня розвитку здатності встановлювати послідовність подій та причинно-наслідкових зв'язків, а також здатність описати послідовність події.

Нульовий рівень

- не приймає завдання, не розглядає картинки та деталі предметів;

Низький рівень

- дитина не розуміє вербальної інструкції, картинку розглядає і може назвати, що на них намальовано, допомогу не приймає від дорослого;
- дитина розуміє вербальну інструкцію, логічної послідовності не малюнків знайти не може, розповідь за малюнками не складає, допомогу приймає, але самостійно зробити за зразком не може, інтерес проявляє до розглядання малюнків;

Середній рівень

- не розуміє умов задачі, діє неадекватно, але приймає допомогу від дорослого і намагається розкласти картинку, але не в правильній послідовності;
- після додаткових запитань складає прості речення;
- розкладає малюнки послідовно тільки за допомогою дорослого;

Достатній рівень

- приймає завдання, розкладає малюнки без врахування послідовності подій, сприймає кожний малюнок як окрему дію, не об'єднує їх в один сюжет;

дитина розуміє вербальну інструкцію, послідовно розкладає картинки, але складена розповідь нелогічна, складання розповіді відбувається за допомогою додаткових питань дорослого, інтерес до завдання незначний;

приймає завдання, розкладає картинки, але плутає дії, але в кінцевому результаті розкладає їх послідовно, але скласти зв'язну розповідь про дану подію не може;

Високий рівень

розуміє вербальну інструкцію, самостійно знаходить послідовність подій і складає логічну розповідь з незначними помилками, інтерес виражений;

приймає завдання, розкладає картинки у визначеній послідовності, об'єднують їх в одну подію, може скласти про це розповідь з врахуванням основного принципу, узагальнює принцип в своїх висловлюваннях;

розкладає малюнки у правильній послідовності, але через порушення мовлення не може скласти текст.

Додаток Д

АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ

1. Прізвище та ім'я дитини: _____
2. Вік дитини (скільки років, місяців) _____
3. Діагноз: _____

Умови та особливості протікання вагітності та пологів

Протікання вагітності:

Фізіологічні особливості (потрапляння в групу ризику за неврологічним фактором, темп та особливості раннього психомоторного розвитку):

- Загроза викидня _____
- Підвищений артеріальний тиск _____
- Невропатія _____
- Вірусні чи інфекційні захворювання _____
- Інше _____

Психологічні особливості (наявність тривожності в період вагітності, конфліктні відносини в сім'ї, небажаність вагітності; соціально несприятливі фактори, на фоні яких протікала вагітність): _____

Захворювання батьків (наявність хронічних захворювань, генетичні схильності, наявність спадкових захворювань з обох сторін, множинні порушення розвитку з інших членів сім'ї та інше) _____

Залежності батьків: _____

Пологи:

- 1) терміни настання пологів (доношеність, недоношеність) _____
- 2) Наявність ускладнень в процесі пологів _____
- 3) Своєчасність першого крику дитини _____
- 4) Які інфекційні захворювання перенесла Ваша дитина, в якому віці? Чи страждає дитина від хронічних захворювань, яких саме, в якому віці був

поставлений діагноз? Чи передувало щось захворюванню дитини? _____

Загальні відомості про дитину:

Короткі анамнестичні дані: зріст, вага при народженні _____

Ранній психофізичний розвиток:

Почала тримати голівку _____

Сидіти _____

Ходити _____

Час появи перших слів _____

Час виявлення порушення _____

Причини виникнення порушення _____

Перенесені захворювання _____

Контактність (сором'язлива, збуджена, пригнічена, розкута, тощо) _____

Висновки фахівців:

ЛОР _____

Логопед _____

Хірург _____

Офтальмолог _____

Психоневролог _____

Опишіть режим дня Вашої дитини: _____

Додаток Ж

Таблиця. Стан сформованості моторних навичок у дітей з комплексними порушеннями, у %

Хапальні рухи					Рухові можливості					Тонус м'язів					Рухливість кисті рук					Диференційовані рухи пальців					Узгодженість дій рук					Наслідувальні рухи рук					Ритмічність рухів рук					Предметно-практичні дії																																																																																																																												
Нульовий					Нульовий					Нульовий					Нульовий					Нульовий					Нульовий					Нульовий					Нульовий																																																																																																																																	
Низький					Низький					Низький					Низький					Низький					Низький					Низький					Низький																																																																																																																																	
Середній					Середній					Середній					Середній					Середній					Середній					Середній					Середній																																																																																																																																	
Достатній					Достатній					Достатній					Достатній					Достатній					Достатній					Достатній					Достатній																																																																																																																																	
Високий					Високий					Високий					Високий					Високий					Високий					Високий					Високий																																																																																																																																	
11,11					11,11					14,81					22,22					40,74					22,22					0					11,11					37,04					29,63					22,22					0					14,81					22,22					40,74					22,22					0																																																																																				
44,44					11,11					22,22					11,11					18,52					37,04					29,63					3,7					62,96					3,7					25,93					7,4					0					3,7					33,33					40,74					14,81					7,4					22,22					55,56					11,11					11,11					0					11,11					55,56					18,52					14,81					0					0					48,15					25,93					22,22					0				

Додаток 3

Результати діагностування стану розвитку моторної сфери дітей

№ п/п	ІІІ дитини	Рівні станів розвитку за опорно-руховим порушенням									Загальний рівень	
		СР хапальних. рухів	СР рухових можливостей	СР м'язового тонусу	СР рухливості кисті рук	СР диференційованих рухів пальців	СР узгодженості дій рук	СР наслідувальних рухів рук	СР ритмічності рухів рук	СР предметно-практичних дій	Бали	Назва рівня
1.	Марія В.	2	2	3	3	0	1	0	1	1	1,4	низький
2.	Микита Д.	2	2	2	3	0	1	0	1	1	1,3	низький
3.	Артем С.	3	2	1	4	3	2	0	1	3	2,1	середній
4.	Ярослав С.	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2,8	достатній
5.	Марта С.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	нульовий
6.	Володимир М.	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2,3	середній
7.	Олександр С.	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1,2	низький
8.	Анастасія В.	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1,5	низький
9.	Дмитро А.	1	1	2	1	2	3	1	1	2	1,5	низький
10.	Анастасія П.	1	1	2	2	0	1	1	1	1	1,1	низький
11.	Софія Б.	1	2	1	2	0	1	1	1	2	1,2	низький
12.	Владислав Б.	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2,1	середній
13.	Мар'яна Б.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,8	нульовий
14.	Ольга В.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,8	нульовий
15.	Максим І.	1	1	2	3	2	3	2	2	3	2,1	середній
16.	Євгеній М.	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0,3	нульовий
17.	Олександр П.	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0,3	нульовий
18.	Олександр С.	1	1	2	2	0	2	1	1	1	1,2	низький
19.	Меланія О.	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2,7	середній
20.	Максим В.	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2,7	середній
21.	Дмитро Б.	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0,7	нульовий
22.	Олександр К.	2	2	3	2	0	1	1	1	2	1,5	низький
23.	Михайло Ф.	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1,4	низький
24.	Назар О.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,8	нульовий
25.	Віталік Д.	3	3	2	3	0	4	1	2	2	2,2	середній
26.	Володимир Д.	3	3	2	3	0	4	1	2	2	2,2	середній
27.	Оксана О.	2	2	2	2	0	2	1	2	2	1,6	низький

Додаток Л

Результати діагностування стану розвитку зорових можливостей дитини

№ п/п	ІІІ Дитини	Рівні станів розвитку за зоровим порушенням							Загальний рівень	
		СР зорової уваги	СР зорової пам'яті	СР зор.-мог. Координації	СРР орієнт.-обстеж. д-сті	СР сприйм. Кольорів	СР сприйм. Форми	СР сприйм. величини	Бали	Назва рівня
1.	Марія В.	3	2	3	1	1	1	1	1,7	низький
2.	Микита Д.	3	2	3	2	2	3	2	2,4	середній
3.	Артем С.	3	3	3	1	1	1	2	2	середній
4.	Ярослав С.	3	3	3	1	1	1	2	2	середній
5.	Марта С.	0	0	0	0	0	0	0	0	нульовий
6.	Володимир М.	2	2	3	1	1	1	1	1,6	низький
7.	Олександр С.	2	2	1	3	1	1	1	1,6	низький
8.	Анастасія В.	1	0	1	2	1	1	1	1	низький
9.	Дмитро А.	1	1	3	3	2	2	2	2	середній
10.	Анастасія П.	1	1	3	1	1	1	1	1,2	низький
11.	Софія Б.	1	1	1	1	1	1	1	1	низький
12.	Владислав Б.	2	2	2	3	2	2	2	2,1	середній
13.	Мар'яна Б.	1	1	1	1	1	1	1	1	низький
14.	Ольга В.	2	2	2	3	2	2	2	2,1	середній
15.	Максим І.	1	1	1	1	1	1	2	1,1	низький
16.	Євгеній М.	3	3	3	3	2	2	2	2,9	достатній
17.	Олександр П.	3	3	3	3	2	2	2	2,9	достатній
18.	Олександр С.	3	3	3	1	1	1	1	1,8	низький
19.	Меланія О.	1	1	1	1	1	1	1	1	низький
20.	Максим В.	3	3	1	3	1	1	2	1,5	низький
21.	Дмитро Б.	1	1	1	1	0	0	0	0,5	нульовий
22.	Олександр К.	2	2	1	1	1	1	2	1,4	низький
23.	Михайло Ф.	1	1	1	1	0	0	0	0,5	нульовий
24.	Назар О.	1	1	1	1	0	0	1	0,7	нульовий
25.	Віталік Д.	3	2	3	1	0	0	0	1,2	низький
26.	Володимир Д.	3	2	3	1	0	0	0	1,2	низький
27.	Оксана О.	0	0	0	1	0	0	0	0,1	нульовий

Додаток М

Таблиця. Стан розвитку інтелектуальних можливостей дітей з комплексними порушеннями, у %

Порівняльний аналіз					Узагальнення					Здатність встановлювати послідовність				
Нульовий	Низький	Середній	Достатній	Високий	Нульовий	Низький	Середній	Достатній	Високий	Нульовий	Низький	Середній	Достатній	Високий
77,77	7,4	14,81	0	0	74,07	0	25,93	0	0	88,89	0	11,11	0	0

Додаток Н
Результати діагностування стану розвитку
інтелектуальних можливостей дитини

№ п/п	ІІ Дитини	Рівні станів розвитку за інтелектуальним порушенням			Загальний рівень	
		СР порівн. аналізу	СР узагальнення	СР здат. вст. Причинно- насл. зв'язки	Бали	Назва рівня
1.	Марія В.	1	2	2	1,6	низький
2.	Микита Д.	2	2	0	1,3	низький
3.	Артем С.	0	0	0	0	нульовий
4.	Ярослав С.	0	2	0	0,6	нульовий
5.	Марта С.	0	0	0	0	нульовий
6.	Володимир М.	0	0	0	0	нульовий
7.	Олександр С.	0	0	0	0	нульовий
8.	Анастасія В.	0	0	0	0	нульовий
9.	Дмитро А.	2	2	0	1,3	низький
10.	Анастасія П.	0	0	0	0	нульовий
11.	Софія Б.	0	0	0	0	нульовий
12.	Владислав Б.	2	2	2	2	середній
13.	Мар'яна Б.	1	0	0	0,3	нульовий
14.	Ольга В.	2	2	2	2	середній
15.	Максим І.	0	0	0	0	нульовий
16.	Євгеній М.	0	0	0	0	нульовий
17.	Олександр П.	0	0	0	0	нульовий
18.	Олександр С.	0	0	0	0	нульовий
19.	Меланія О.	0	0	0	0	нульовий
20.	Максим В.	0	2	0	0,6	нульовий
21.	Дмитро Б.	0	0	0	0	нульовий
22.	Олександр К.	0	0	0	0	нульовий
23.	Михайло Ф.	0	0	0	0	нульовий
24.	Назар О.	0	0	0	0	нульовий
25.	Віталік Д.	0	0	0	0	нульовий
26.	Володимир Д.	0	0	0	0	нульовий
27.	Оксана О.	0	0	0	0	нульовий

Додаток П

**Загальні результати діагностики дітей з комплексними порушеннями
за рівнями розвитку**

№ п/п	ІІ Дитини	Рівні станів розвитку за первинними порушеннями			
		Моторна сфера	Зорова сфера	Інтелектуальна сфера	Групи за рівнями розвитку
1.	Марія В.	Низький	Низький	Низький	П
2.	Микита Д.	Низький	Середній	Низький	П
3.	Артем С.	Середній	Середній	Нульовий	П
4.	Ярослав С.	Достатній	Середній	Нульовий	П
5.	Марта С.	Нульовий	Нульовий	Нульовий	І
6.	Володимир М.	Середній	Низький	Нульовий	П
7.	Олександр С.	Низький	Низький	Нульовий	П
8.	Анастасія В.	Низький	Низький	Нульовий	П
9.	Дмитро А.	Низький	Середній	Низький	П
10.	Анастасія П.	Низький	Низький	Нульовий	П
11.	Софія Б.	Низький	Низький	Нульовий	П
12.	Владислав Б.	Середній	Середній	Середній	ІІІ
13.	Мар'яна Б.	Нульовий	Низький	Нульовий	П
14.	Ольга В.	Нульовий	Середній	Середній	П
15.	Максим І.	Середній	Низький	Нульовий	П
16.	Євгеній М.	Нульовий	достатній	Нульовий	П
17.	Олександр П.	Нульовий	достатній	Нульовий	П
18.	Олександр С.	Низький	Низький	Нульовий	П
19.	Меланія О.	Середній	Низький	Нульовий	П
20.	Максим В.	Середній	низький	Нульовий	П
21.	Дмитро Б.	Нульовий	нульовий	Нульовий	І
22.	Олександр К.	Низький	низький	Нульовий	П
23.	Михайло Ф.	Низький	нульовий	Нульовий	І
24.	Назар О.	Нульовий	нульовий	Нульовий	І
25.	Віталік Д.	Середній	низький	Нульовий	П
26.	Володимир Д.	Середній	низький	Нульовий	П
27.	Оксана О.	Низький	нульовий	Нульовий	І

Додаток Р

Зразок оформлення режиму дня для дитини з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору у вигляді календаря

№ п/п	Дія	Предмет, який асоціюється з дією
1.	Умивання	Мило
1.	Сніданок	Ложка
2.	Заняття з вчителем –дефектологом	Кубік
3.	Ігри з батьками	Лялька/машинка
4.	Обід	Ложка
5.	Сон	Подушка
6.	Прогулянка на свіжому повітрі	Кулька
7.	Масаж	Пляшка масажного масла
8.	Вечеря	Ложка
9.	Читання казки	Папір/книжка
10.	Сон	Подушка

Додаток С

Картка опису складної структури комплексного порушення дитини

№ п/п	Обстеження	Результати обстеження	Вторинні відхилення
1.	Обстеження стану зору		
2.	Обстеження стану слуху		
3.	Стан опорно-рухового апарату		
4.	Обстеження стану мовлення		
5.	Обстеження стану інтелекту		
6.	Неврологічний статус		
7.	Психічний статус		
8.	Психологічне обстеження особистості		
9.	Обстеження сенсорної сфери		
10.	Обстеження предметної діяльності		
11.	Обстеження ігрової діяльності		
12.	Обстеження навичок самообслуговування		

Додаток Т

Структура індивідуального заняття дитини з комплексними порушеннями розвитку

Структура індивідуального заняття дитини з комплексними порушеннями розвитку включала такі етапи:

1. Вступна частина триває від 5 до 15 хвилин, була важливою частиною заняття, яка активує дитину до діяльності, мотивує та налаштовує на заняття, пізнання навколишнього середовища та формування нових навичок. У цій частині заняття спеціальний педагог спостерігав за станом дитини, її самопочуттям тощо. Якщо у дитини спостерігався негативізм, істерика, то заняття завершувалося на цій частині. У вступній частині було:

1. Ініціювання заняття. Складалося зі звичайного привітання та називання імені спеціального педагога та дитини. Привітання відбувалося у віршованій формі, з використанням певних рухів, пісенній формі, звука дзвіночка чи іншої іграшки, вібрації по поверхні столу. Обов'язковим була систематична повторюваність протягом декількох місяців привітання для кращого запам'ятовування дитиною з комплексними порушеннями розвитку. Такі сталі форми поступово символізували дитині про початок навчального заняття, що й формувало уявлення про поняття «заняття». Було запропоновано систематичність однакового початку заняття.

2. Визначення готовності дитини до заняття. Виступає як мотивація дитини на заняття. Проводилося в ігровій формі, із залученням улюбленої іграшки дитини. Починалося музичною хвилиною, короткотривалою бесідою, поезією, лічилкою тощо. Згадані прийоми нетрадиційні, вони близькі і звичні дітям, доступні і приємні для них, тому створювали бадьорий робочий настрій, допомагали долати труднощі, стимулювали працездатність й інтерес до навчання і головний фактор успішного розвитку – бажання вчитися. Спеціальний педагог оцінював ситуацію, відчував психологічний стан дитини і виробляв «стратегії» організації навчального заняття. Ще однією психологічною формою роботи була обов'язкова

бесіда дитини з мамою перед заняттям, яка складалася з підбадьорювання й заохочення. Така форма роботи була важливою особливо перші місяці навчальних занять. Значення психологічної готовності дитини обговорювалося спеціальним педагогом і батьками, пояснювалися причинно-наслідкові зв'язки та подальший результат.

3. *Спільне визначення ходу заняття.* Ефективною роботою для дитини з комплексними порушеннями розвитку було моделювання навчального заняття. У спеціально-педагогічній практиці спостерігаємо невпевненість дитини, боязнь занять, дезорієнтацію у часі та просторі, що є наслідком негативізму по відношенню до навчання, частих істерик, криків, агресивної поведінки. Дитина, яка має комплексні порушення, не може зрозуміти, що буде відбуватися, що з нею будуть робити. Тому, для дитини складали певний розклад самого заняття і розказували, що вона буде робити, то в подальшому дитина могла зорієнтуватися у занятті, дитина знала початок і кінець, могла систематизувати всі сформовані навички. Моделювання навчального заняття було проведено у формі бесіди, алгоритму, намальованих картинок, які відповідали зоровому порушенню, чітко розкладених невеличких предметів, які символізували вправи на занятті, послідовно розставлені коробочки з предметами, написані вправи плоскодруківаним шрифтом чи шрифтом Брайля, якщо дитина вміла читати. В 2-3 класі моделюванням був послідовний розклад усіх занять. Моделювання навчальних занять спеціальний педагог робив разом із дитиною.

4. *Зорова гімнастика.* Для активізації та розвитку залишкового зору проводилася зорова гімнастика. Зорова гімнастика проводилася у формі гімнастичних вправ для розвитку зорового аналізатора, з використанням яскравих іграшок та предметів, освітлених предметів, ліхтарів, настільних ламп. Гімнастичні зорові вправи поєднувалися з віршиками чи пісеньками, що сприяло розвитку запам'ятовування, розвитку відчуття ритму та такту, мовлення.

Було використано зорові вправи за Е.С. Аветисовим, У.Г. Бейтсом, М.С. Норбековим, але з адаптуванням для кожної дитини окремо та врахуванням офтальмологічних рекомендацій.

II. Основна частина заняття тривала 20-25 хвилин. Складалася із загальнорозвиваючих вправ, завдань ігор, тренувальних вправ. Зміст основної частини мав повністю відповідати поставленим цілям заняття. Також в основній частині використовувалися практичні вправи, вправи на розвиток збережених аналізаторів, корекцію вторинних відхилень, вправи на формування певних навичок, пізнання навколишнього середовища. Усі вправи чергувалися за принципом «активно-пасивно», що ефективно впливало на процеси нервової діяльності: збудження та гальмування. Обов'язковими видами діяльності основної частини були використані нейропсихологічні вправи, елементи арт-терапії, Монтесорі-терапії, казкотерапії, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої терапії, сенсорної терапії та ін., адже навчання дитини з комплексними порушеннями розвитку не є стандартизованим.

Основна частина заняття передбачала використання наочного матеріалу. Навчання дитини з комплексними порушеннями розвитку, по-перше, відбувалося з використанням побутових предметів, які необхідні будуть їй у подальшому самостійному житті. Це були: посуд, одяг, речі особистої гігієни, меблі, гудзики, ручки, олівці, фломастери, батарейки, дверні ручки, замки, лійки, вазони, пляшки, банки тощо. І необхідними матеріалами були предмети природнього середовища для пізнання оточуючого світу. Це були: шишки, жолуді, каміння, мушлі, ґрунт, квіти, листя, гілля дерев, кора, каштани, овочі, фрукти, ягоди, різні крупи, пісок, глина, морська вода, скло, деревина, залізо тощо. Головне завдання основної частини – це пізнання дитиною навколишнього середовища та формування соціально-побутових навичок для самостійного життя у ньому. В основній частині значне місце відводилося фізхвилинці, яка спрямована на підвищення загальної працездатності, зняття втоми, нормалізації уваги й активності, відновлення сили.

Фізхвилинки

Фізхвилинки з дитиною, яка має комплексні порушення розвитку, відбувалося зі зміною її положення тіла. Якщо дитина вміла ходити, то вона могла пройти по кімнаті, промовляючи римовані віршики чи співаючи пісеньки. Якщо дитина самостійно не пересувалася, то за допомогою батьків перекладали дитину

в горизонтальне або ставили у вертикальне положення, чи давали можливість поповзати, якщо дитина могла це зробити. Така прогулянка обов'язково супроводжувалася грою чи римованими віршиками.

Також, це було чергування рухової гімнастики чи логопедичної розминки.

Рухова гімнастика. В структурі заняття була рухова гімнастика для дітей, які мали спастичність рук та потребували зниження напруги у тілі. Рухова гімнастика проводилася тільки тоді, коли вона була необхідною. Вона була спрямована на розвиток дрібної моторики, відчуття кордонів тіла дитини, розвиток загальної моторики, формування частин тіла, розвиток тактильного сприймання, вестибулярного апарату тощо. Рухова гімнастика проводилася у формі пальчикових ігор, масажу, самомасажу, рухових вправ разом із римованими віршами, лічилками, скоромовками, піснями, музичним супроводом. Рухова гімнастика проводилася для активізації опорно-рухового апарату. Рухова гімнастика в одній формі проводилася з дитиною, доки вона запам'ятала, а потім виконувала її самостійно. Тільки після цього форму проведення рухової гімнастики змінювали. Для дітей, які мали тяжке порушення опорно-рухового апарату, використовували масаж та пасивну рухову гімнастику. Масаж для дітей із спастичною формою ДЦП починали із розслаблення м'язів.

Логопедична розминка. Було використано артикуляційні, дихальні, мовленнєві вправи, логопедичний масаж ложками, класичний логопедичний масаж тощо. Мета логопедичної розминки – активізація та розвиток рухливості органів мовленнєвого апарату, відпрацювання правильних, повноцінних рухів артикуляційних органів необхідних для правильної вимови звуків. Також, логопедична розминка складалася із невеличких віршиків, скоромовок, лічилок, чистомовок. Для дітей з тяжкими первинними порушеннями розвитку, у яких було відсутнє мовлення і були тільки вокалізації, спеціальні педагоги використовували методику Т.Н. Новікової-Іванцової. Або спів голосних звуків чи звуків, які дитина проговорювала. Головними вправами в логопедичній розминці були використані дихальні вправи. Часто діти з порушеннями опорно-рухового апарату, інтелекту та зору через неправильне положення тіла мали поверхневе,

уридливе дихання та не вміли дихати плавно і глибоко. Життєва ємкість легенів у них різко обмежена, що призводило до частих запалень та застійних явищ у легенях. Ці відхилення впливали на розвиток мовлення. Правильне та глибоке дихання сприяло зниженню тону спастичних м'язів, особливо м'язів грудної клітини, й збільшувало надходженню кисню в організм дитини. Тому навчання дитини правильному диханню було важливою умовою у корекційно-розвивальному навчанні й досягалося воно при систематичній роботі з дитиною.

III. Заключна частина тривала 5-7 хвилин. Заключна частина була невід'ємною, бо вона визначала закінчення заняття, про яке дитині відомо було із моделювання заняття. Заключна частина складалася з таких обов'язкових етапів:

1. *Закріплення навчального матеріалу.* Після основної частини спеціальний педагог проговорював все те, що було на заняття, з дитиною. Цей прийом спрямований на розвиток довготривалої пам'яті дитини з комплексними порушеннями розвитку. Якщо дитина не говорила, спеціальний педагог виготовляв картки з малюнками різних вправ й давав можливість дитині обрати ті, які були представлені на занятті, або перекладали їх та складали у шухляду по закінченню. Таким чином дитина вчилася комунікувати з дорослим, проводила аналіз заняття та запам'ятовувала хід заняття.

2. *Підведення підсумків заняття.* Необхідним було проведення оцінювальної роботи. Дитину з комплексними порушеннями розвитку частіше хвалили за успіхи, навіть незначні. Було виключено використання крику, образ та неприйнятної поведінки спеціальним педагогом. Заняття у дитини асоціювалися з чимось цікавим та безпечним, щоб на наступне заняття їй хотілося знову пізнавати світ. Якщо у дитини все заняття була погана поведінка, то спеціальний педагог говорив, що на наступне заняття разом будемо виправляти її.

3. *Домашнє завдання.* Задавалося спеціальним педагогом дитині. Проговорювалося, навіть, якщо дитина мала тяжкі порушення розвитку і не змогла його зрозуміти. Після домашнє завдання розповідалося батькам, надавалися чіткі інструкції по його виконанню й оговорювалися необхідні матеріали, які батьки мали приготувати на наступне заняття. Домашнє завдання

було закріпленням попередньо вивченого матеріалу. Включення батьків у навчально-виховний процес – важлива особливість організації індивідуального процесу, оскільки, узгоджений з батьками індивідуальний навчальний шлях, єдність вимог, адекватність оцінки можливостям учня, систематичне індивідуальне консультування батьків та їх дітей, ознайомлення з прийомами роботи, здійснення методичної допомоги сприяє значному покращенню ефективності індивідуального навчання, поліпшенню його результативності.

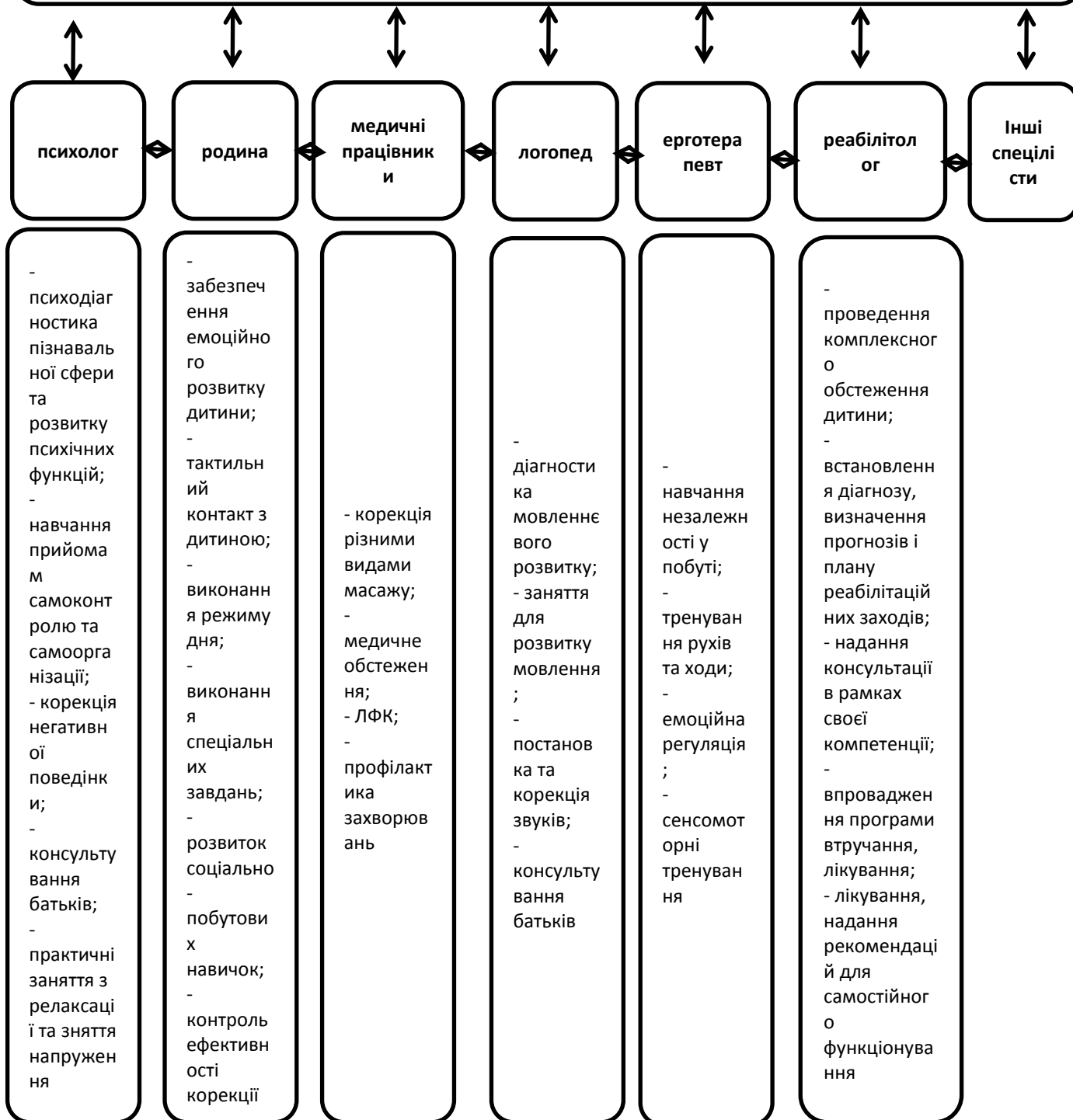
Додаток У

Склад та функціональні обов'язки членів мультидисциплінарної

Директор, завуч навчальної/виховної роботи

КЕРІВНИК (спеціальний педагог):

діагностика навчальних можливостей дитини; навчання та виховання дитини; мотивація до навчання; навчання елементарних трудових навичок; визначення можливостей дитини для подальшого навчання.



Додаток Ф

Результати повторного діагностування стану розвитку моторної сфери дітей

№ п/п	ІІІ дитини	Рівні станів розвитку за опорно-руховим порушенням									Загальний рівень	
		СР хапальних. рухів	СР рухових можливостей	СР м'язового тонусу	СР рухливості кисті рук	СР диференційованих рухів пальців	СР узгодженості дій рук	СР наслідувальних рухів рук	СР ритмічності рухів рук	СР предметно-практичних дій	Бали	Назва рівня
1.	Марія В.	3	3	3	3	1	2	1	1	2	2,1	середній
2.	Микита Д.	2	3	2	3	0	2	0	2	2	1,7	середній
3.	Артем С.	3	3	2	4	3	2	2	2	3	2,6	достатній
4.	Ярослав С.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	достатній
5.	Марта С.	1	2	1	2	0	1	0	1	0	0,8	низький
6.	Володимир М.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	достатній
7.	Олександр С.	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1,7	середній
8.	Анастасія В.	2	2	2	2	2	3	1	1	2	1,8	середній
9.	Дмитро А.	2	2	2	2	2	3	1	2	3	2,1	середній
10.	Анастасія П.	2	2	2	2	0	2	1	1	2	1,5	низький
11.	Софія Б.	2	2	2	2	1	2	1	1	3	1,7	середній
12.	Владислав Б.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	достатній
13.	Мар'яна Б.	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1,8	середній
14.	Ольга В.	2	2	1	1	0	2	1	2	2	1,4	низький
15.	Максим І.	2	2	3	3	3	4	2	2	3	2,6	середній
16.	Євгеній М.	1	1	1	1	0	2	0	1	2	1	низький
17.	Олександр П.	1	1	1	1	0	2	0	1	2	1	низький
18.	Олександр С.	3	3	3	3	1	3	1	2	3	2,4	низький
19.	Меланія О.	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3,6	достатній
20.	Максим В.	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	достатній
21.	Дмитро Б.	3	3	1	3	1	3	3	2	3	2,4	Середній
22.	Олександр К.	3	3	4	2	2	2	1	2	3	2,6	Середній
23.	Михайло Ф.	2	2	2	2	0	2	1	2	2	1,6	низький
24.	Назар О.	2	2	2	2	0	2	1	2	1	1,5	низький
25.	Віталік Д.	3	3	3	3	1	4	2	2	2	2,5	Середній
26.	Володимир Д.	3	3	3	3	1	4	2	2	2	2,5	Середній
27.	Оксана О.	3	3	3	3	1	2	1	2	3	2,3	середній

Додаток Х

Результати повторного діагностування стану розвитку зорових можливостей

ДИТИНИ

№ п/п	ІІІ Дитини	Рівні станів розвитку за зоровим порушенням							Загальний рівень	
		СР зорової уваги	СР зорової пам'яті	СР зор.-мог. Координації	СРР орієнт.-обстеж. д-сті	СР сприйм. Кольорів	СР сприйм. Форми	СР сприйм. величини	Бали	Назва рівня
1.	Марія В.	3	2	3	2	3	3	3	2,7	достатній
2.	Микита Д.	3	3	3	3	2	3	3	2,8	достатній
3.	Артем С.	3	3	3	2	2	2	3	2,6	середній
4.	Ярослав С.	3	3	3	2	2	2	3	2,6	середній
5.	Марта С.	1	0	1	1	0	0	0	0,4	нульовий
6.	Володимир М.	2	2	3	2	2	1	2	2	середній
7.	Олександр С.	2	2	2	3	2	2	2	2,1	середній
8.	Анастасія В.	2	1	2	2	1	1	2	1,6	низький
9.	Дмитро А.	1	1	3	3	3	3	3	2,4	середній
10.	Анастасія П.	2	1	3	2	1	1	2	1,9	середній
11.	Софія Б.	2	1	1	2	2	2	2	1,7	низький
12.	Владислав Б.	3	3	3	4	2	2	3	2,9	достатній
13.	Мар'яна Б.	2	2	2	2	2	2	3	2,1	низький
14.	Ольга В.	3	2	3	3	2	2	3	2,6	середній
15.	Максим І.	2	1	2	2	2	2	3	2	середній
16.	Євгеній М.	4	3	3	4	2	2	4	3,1	достатній
17.	Олександр П.	3	3	3	3	2	3	3	2,9	достатній
18.	Олександр С.	3	3	3	3	2	2	2	2,6	середній
19.	Меланія О.	2	1	2	2	2	2	2	1,9	достатній
20.	Максим В.	3	3	2	3	2	2	2	2,4	середній
21.	Дмитро Б.	2	2	2	2	2	2	3	2,1	середній
22.	Олександр К.	3	3	2	2	2	2	2	2,3	середній
23.	Михайло Ф.	1	1	2	1	0	1	1	1	низький
24.	Назар О.	2	1	2	1	0	0	1	1	низький
25.	Віталік Д.	3	2	3	1	0	1	1	1,6	низький
26.	Володимир Д.	3	2	3	1	0	1	1	1,6	низький
27.	Оксана О.	1	1	1	1	0	1	2	1	низький

Додаток Ц

**Результати повторного діагностування стану розвитку
інтелектуальних можливостей дитини**

№ п/п	ІІ Дитини	Рівні станів розвитку за інтелектуальним порушенням			Загальний рівень	
		СР порівн. аналізу	СР узагальнення	СР здат. вст. Причинно-насл. зв'язки	Бали	Назва рівня
1.	Марія В.	2	3	2	2,3	середній
2.	Микита Д.	2	3	1	2	Середній
3.	Артем С.	0	1	0	0,3	нульовий
4.	Ярослав С.	1	2	0	1	Низький
5.	Марта С.	0	0	0	0	нульовий
6.	Володимир М.	0	0	0	0	нульовий
7.	Олександр С.	0	0	0	0	нульовий
8.	Анастасія В.	0	0	0	0	нульовий
9.	Дмитро А.	2	2	2	2	Середній
10.	Анастасія П.	0	1	0	0,3	нульовий
11.	Софія Б.	0	1	0	0,3	нульовий
12.	Владислав Б.	3	3	3	3	достатній
13.	Мар'яна Б.	2	1	1	1,3	низький
14.	Ольга В.	2	3	3	2,6	середній
15.	Максим І.	0	0	0	0	нульовий
16.	Євгеній М.	0	1	0	0,3	нульовий
17.	Олександр П.	0	0	0	0	нульовий
18.	Олександр С.	0	1	0	0,3	нульовий
19.	Меланія О.	0	1	0	0,3	нульовий
20.	Максим В.	1	2	0	1	низький
21.	Дмитро Б.	1	2	1	1,3	низький
22.	Олександр К.	1	1	1	1	низький
23.	Михайло Ф.	0	0	1	0,3	нульовий
24.	Назар О.	0	0	0	0	нульовий
25.	Віталік Д.	0	0	0	0	нульовий
26.	Володимир Д.	0	0	0	0	нульовий
27.	Оксана О.	0	0	0	0	нульовий

Додаток Ш

Оцінка якості супроводу за визначеними критеріями

5б – високий рівень

4б – достатній рівень

3б – задовільний рівень

2б – незадовільний рівень

№ п/п	Ім'я респондентів	Індивідуалізація змісту навчання	Гнучкість змісту індивідуально-го супроводу	Своєчасність реагування на запити родин	Поінформованість родин	Взаємодія пед. колективу
1.	Світлана В.	5	4	4	4	4
2.	Анастасія Д.	5	4	5	5	4
3.	Оксана С.	4	4	4	4	4
4.	Світлана С.	5	4	4	5	4
5.	Тетяна С.	5	5	5	3	4
6.	Ніна М.	4	4	4	4	4
7.	Марина С.	5	4	4	5	4
8.	Марина В.	5	4	4	4	5
9.	Марія А.	5	4	5	5	5
10.	Марія П	4	5	3	5	4
11.	Анастасія Б.	5	4	4	5	4
12.	Владлена Б.	5	4	3	4	4
13.	Анастасія Б.	5	4	3	4	5
14.	Валентина В.	5	4	3	5	5
15.	Марина І.	4	5	4	3	5
16.	Тетяна М.	5	4	4	3	4
17.	Ксенія П.	5	4	4	4	4
18.	Оксана С.	4	4	5	5	5
19.	Тетяна О.	4	5	5	5	5
20.	Марина В.	5	4	5	5	5
21.	Алла Б.	5	4	4	4	4
22.	Наталя К.	5	5	4	3	4
23.	Ольга Ф.	5	5	3	3	4
24.	Наталя О.	4	5	3	3	5
25.	Юлія Д.	4	4	4	4	5
26.	Ольга Д.	5	4	4	4	4
27.	Оксана О.	5	4	5	4	4
28.	Анастасія В.	4	5	5	5	4
29.	Софія Д.	5	4	5	5	4
30.	Валентина Ч.	5	4	5	5	4
31.	Ярослава С.	4	4	4	5	4
32.	Марія В.	4	5	4	5	5
33.	Юлія А.	5	4	4	5	5

34.	Анастасія Ю.	5	4	4	5	5
35.	Юрій Г.	5	4	4	5	4
36.	Наталія Г.	4	5	4	4	4
37.	Ірина С.	4	5	4	4	4
38.	Ксенія А.	4	5	4	4	5
39.	Ірина Р.	5	4	4	3	5
40.	Тетяна П.	5	4	4	5	5
41.	Вікторія Л.	5	4	4	5	5
42.	Віта Д.	5	4	4	5	5

Додаток Ш
Ранжування значущості критеріїв оцінювання якості психолого-педагогічного супроводу

1 – найбільш пріоритетне значення, 5 – найменш пріоритетне значення

№ п/п	Ім'я респондентів	Індивідуалізація змісту навчання	Гнучкість змісту індивідуально-го супроводу	Своєчасність реагування на запити родин	Поінформованість родин	Взаємодія пед. колективу
1.	Світлана В.	1	4	2	3	5
2.	Анастасія Д.	3	4	2	1	5
3.	Оксана С.	3	5	1	2	4
4.	Світлана С.	1	5	2	3	4
5.	Тетяна С.	1	4	3	2	5
6.	Ніна М.	3	4	1	2	5
7.	Марина С.	1	5	3	2	4
8.	Марина В.	3	4	1	2	5
9.	Марія А.	3	4	2	1	5
10.	Марія П	1	4	3	2	5
11.	Анастасія Б.	3	5	2	1	4
12.	Владлена Б.	1	5	3	2	4
13.	Анастасія Б.	2	1	3	4	5
14.	Валентина В.	4	3	2	1	5
15.	Марина І.	1	2	5	4	3
16.	Тетяна М.	1	4	3	2	5
17.	Ксенія П.	1	3	5	2	4
18.	Оксана С.	3	4	2	1	5
19.	Тетяна О.	1	2	5	4	3
20.	Марина В.	3	4	2	1	5
21.	Алла Б.	3	4	5	2	1
22.	Наталя К.	3	4	2	1	5
23.	Ольга Ф.	1	2	5	4	3
24.	Наталя О.	1	5	2	3	4
25.	Юлія Д.	1	2	5	4	3
26.	Ольга Д.	4	3	2	1	5
27.	Оксана О.	1	2	4	3	5
28.	Анастасія В.	2	3	4	5	1
29.	Софія Д.	1	3	4	5	2
30.	Валентина Ч.	1	3	4	5	2
31.	Ярослава С.	1	3	4	5	2
32.	Марія В.	2	4	3	5	1
33.	Юлія А.	1	3	5	4	2
34.	Анастасія Ю.	2	3	4	5	1
35.	Юрій Г.	1	4	3	5	2

36.	Наталя Г.	1	3	4	5	2
37.	Ірина С.	1	5	4	3	2
38.	Ксенія А.	2	3	4	5	1
39.	Ірина Р.	1	5	4	3	2
40.	Тетяна П.	1	3	4	5	2
41.	Вікторія Л.	2	4	5	3	1
42.	Віта Д.	1	3	4	5	2

Додаток Ю

Рекомендації для спеціальних педагогів щодо навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку:

- 1) Діти з комплексними порушеннями розвитку мають три і більше первинних порушень, а також вторинні та третинні відхилення у розвитку. Цю інформацію має знати вчитель для забезпечення подальшого ефективного розвитку дитини.
- 2) Кожну дитину з комплексним порушенням потрібно розглядати як окрему історію, для двох дітей зі схожими діагнозами однакові методи і прийоми роботи не підійдуть.
- 3) Перший контакт і знайомство з дитиною дуже важливі для подальшої роботи, тому потрібно вести себе впевнено і тактовно.
- 4) Знайдіть те, що подобається дитині (розглядати картинки, грати з тваринами, слухати музику) та намагайтесь побудувати на цьому первинну роботу, чи зробити цю улюблену діяльність дитини стимулом для занять.
- 5) Для дітей з комплексними порушеннями дуже важливий результат, тому потрібно пояснити завдання і очікуваний результат цієї діяльності. Коли дитина зрозуміє, що вона теж може багато чого робити, то у неї буде мотивація до виконання тих, чи інших завдань. Пам'ятайте, що найменша дія дитини з комплексними порушеннями (дитина не рухає руками, але намагається вхопити м'яч, або у дитини ліва рука спастична, яка не може утримувати предмети, але дитина почала утримувати предмет кілька секунд тощо) – це є великий результат, який потрібно відмічати.
- 6) Кожне заняття з дитиною, яка має комплексні порушення розвитку, має бути жвавим, цікавим, різноманітним.
- 7) За найменше досягнення дитину обов'язково потрібно хвалити, навіть з першого заняття.
- 8) Навчальне заняття має будуватися за певною системою, яка буде для дитини постійною та включатиме початок і кінець заняття. Так дитина при звичається до формату учбових занять.
- 9) Заняття повинні мати постійну структуру, яку буде пам'ятати сама дитина.

- 10) Кожен навчальний предмет потрібно називати перед уроком і запитувати назву у дитини, через деякий час дитина зможе її запам'ятати.
- 11) Використовувати на заняттях новітні методи і прийоми роботи: нейропсихологічні завдання, казкотерапію, арт-терапію, когнітивно-поведінкову терапію та ін.