

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ІВАНА ОГІЄНКА
ФАКУЛЬТЕТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ, ПСИХОЛОГІЇ ТА
СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
КАФЕДРА ЛОГОПЕДІЇ І СПЕЦІАЛЬНИХ МЕТОДИК**

**СТВОРЕННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ УМОВ ДЛЯ НАВЧАННЯ І
ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ
СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ
(порушення мовлення та функцій опорно-рухового апарату)**

Навчально-методичний посібник для здобувачів ОПП

Спеціальна освіта (Логопедія)

Кам'янець-Подільський - 2023

УДК 376-056.264-056.29-053.4(075.8)

ББК 74.3я73

Г 52

Укладачі:

Глоба Олександр Петрович – доктор педагогічних наук, професор кафедри логопедії і спеціальних методик факультету спеціальної освіти, психології та соціальної роботи КПНУ імені Івана Огієнка, реабілітолог, ерготерапевт, голова правління ГО «Життя Без Ліків», голова Ради ОУ «Український Ресурсний Центр Освітніх Інновацій», науковий керівник Центру інформаційної медицини та комплементарної реабілітології «Life without medicines».

Рецензенти:

Гладуш В. А. – доктор педагогічних наук, професор (Catholic University in Ružomberok, Faculty of Education).

Конопляста С. Ю. – доктор педагогічних наук, професор (Український державний університет імені М. П. Драгоманова).

Чеботарьова О. В. - доктор педагогічних наук, професор (Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПНУ).

*Рекомендована до друку вченою радою
Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка,
протокол N12 від 26 жовтня 2023 року.*

Глоба О.П.

Г 52 Створення спеціальних умов для навчання і виховання дітей дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку (порушення мовлення та функцій опорно-рухового апарату): для здобувачів освітнього ступеня бакалавр і магістр ОПП Спеціальна освіта (Логопедія) / Глоба О.П. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В. 2023. 170 с.

ISBN 978-617-8105-18-1

Актуальність роботи обумовлена недостатньою розробкою науково-методичних засад впровадження інноваційних технологій у процес навчання та виховання дітей зі складними формами порушень розвитку. Упорядковано класифікацію та категоріальний апарат, які позначають різні варіанти комбінованого порушення розвитку. Охарактеризовано структуру комплексного порушення опорно-рухового апарату та мовлення. Розроблено комплексну діагностичну психолого-педагогічну методику, яка дозволила визначити рівень розвитку навичок моторної та мовленевої сфер дитини. Виділено три групи дітей за рівнями розвитку моторної та мовленевої сфер і функціональними можливостями, описані особливості психічної діяльності таких дітей та виділені спільні й відмінні закономірності їхнього розвитку. Визначено умови впровадження психолого-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями. Описано зміст та організацію пропедевтичної корекційно-педагогічної роботи для виділених груп. Визначено та виділено принципи навчання та виховання, які мають бути дотримані у корекційній роботі з дітьми, які мають комплексні порушення розвитку: загальнодидактичні, спеціальні та специфічні. Розроблено практичні рекомендації щодо навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату та мовлення.

Матеріал навчально-методичного посібника розрахований на здобувачів ступенів вищої освіти бакалавр і магістр, які навчаються за спеціальністю 016 Спеціальна освіта спеціалізації 016.01 Логопедія ОП Спеціальна освіта (Логопедія), практикуючих вчителів-логопедів та керівників закладів освіти.

ISBN 978-617-8105-18-1

УДК 376-056.264-056.29-053.4(075.8)

ББК 74.3я73

© Глоба О. П. 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	4
РОЗДІЛ I. Загальні положення щодо навчання та виховання дітей зі складними порушеннями розвитку.....	8
1.1. Підходи до визначення термінології, класифікації та етіології складних порушень розвитку.....	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення організації корекційно-реабілітаційних заходів в умовах дошкільного закладу освіти.....	21
1.3. Корекційна спрямованість навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами	25
1.4. Кадрове забезпечення корекційно-реабілітаційного процесу.....	34
1.5. Методичне та матеріально-технічне забезпечення корекційно-реабілітаційного процесу в умовах ЗДО.....	41
РОЗДІЛ II. Характеристика інноваційних підходів щодо корекції порушень психофізичного стану дітей дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку	48
2.1. Особливості психофізичного розвитку дітей зі складними порушеннями опорно-рухового апарату та мовлення.....	48
2.2. Здоров'язберігаючі технології в корекційному процесі сучасного закладу дошкільної освіти	61
2.3. Структура та зміст корекційної роботи з дітьми дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку	78
РОЗДІЛ III. Організація психолого-медико-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями розвитку	86
3.1. Тестування стану психофізичного розвитку та рухових можливостей у дітей дошкільного віку.....	86
3.2. Технологія розробки індивідуальних корекційних програм.....	104
3.3. Організація та управління корекційно-реабілітаційним процесом в умовах закладу дошкільної освіти.....	110
3.4. Умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями розвитку.....	119
Висновки.....	133
Перелік рекомендованої літератури.....	134
Додатки.....	146

ПЕРЕДМОВА

Відповідно законодавства у галузі освіти, реабілітації, соціального захисту держава має забезпечити доступність до якісної освіти відповідного рівня дітям і молоді з урахуванням здібностей, можливостей, бажань та інтересів кожної особи. Конституція України підкреслює, що найвищою соціальною цінністю у нашій державі є людина, її здоров'я. Законом України «Про дошкільну освіту» визначені обов'язки держави щодо піклування про збереження та зміцнення здоров'я дітей дошкільного віку.

Реалізація зазначеного права передбачає прозорість, наступність системи освіти всіх рівнів. Державними національними програмами визначено, що одним з основних шляхів реформування освіти є впровадження нових підходів до виховних систем, форм і методів навчання та виховання, які б відповідали потребам розвитку особистості, сприяли розкриттю їх талантів, духовних, розумових та фізичних здібностей.

Водночас лишається багато прогалин у науково-методичному забезпеченні освіти для дітей зі складними порушеннями розвитку. До такої категорії відносяться діти з комбінованими порушеннями зору, опорно-рухового апарату, слуху, інтелекту, аутистичного спектру, мовлення, які поєднуюючись у різних варіантах створюють комплекс психофізичних порушень. Через складність та глибину порушення їх психофізичного розвитку ці діти не можуть навчатися у жодному зі спеціальних навчальних закладів.

Більша частина таких дітей не може впоратися з темпами засвоєння матеріалу нормативних навчальних програм, у них виникають труднощі в соціальній адаптації, в результаті вони виявляються невідготтованими до навчання в школі, а в подальшому до самостійного життя в суспільстві.

Навчання побудоване за програмами, які розраховані на корекцію розвитку дітей, які мають складні порушення, є недостатньо ефективним, оскільки діти з такими порушеннями відрізняються за темпами розвитку та потребують індивідуалізованого корекційного супроводу.

За останні роки захворюваність, яка призводить до інвалідності, серед дітей в Україні зросла на 19,2%. Із загальної кількості дітей дошкільного віку з різними видами психофізичних порушень 20% складають діти з порушеннями опорно-рухового апарату. Близько 90% дітей, що приходять до 1-го класу, мають ті чи інші вади у стані здоров'я, серед яких значна кількість (87%) - з порушеннями опорно-рухового апарату.

Основними причинами кризисного стану є погіршення екологічного становища, зростання травматизму, розповсюдження наркоманії, алкоголізму серед молоді, високий рівень захворювання серед батьків; недосконалість статистичного переліку осіб, які потребують соціального захисту і підтримки через військові дії в Україні; недостатність мережі медико-генетичних, психолого-педагогічних послуг, центрів діагностування, консультацій для батьків; дефіцит кваліфікованих кадрів.

Все це вказує на недостатню ефективність існуючої системи виховання дітей та спонукає науковців і практиків до активного пошуку таких засобів і форм організації навчально-виховного процесу у закладах освіти, які б відповідали сучасним вимогам суспільства щодо виховання гармонійно розвинутої особистості дитини.

Предметом нашого дослідження визначено вивчення особливостей складних порушень (мовленнєвого розвитку та розвитку функцій опорно-рухового апарату) у дітей дошкільного віку та організація їх педагогічної корекції в умовах освітніх закладів інтегрованого типу. За нашою гіпотезою процес соціальної інтеграції дітей зі складними порушеннями в умовах освітнього закладу буде ефективним якщо: корекційно-реабілітаційна робота буде ґрунтуватися на комплексному, особистісно-орієнтованому підходах щодо надання соціальної, психологічної, педагогічної, юридичної, медичної допомоги дітям та членам їх сімей; створити адекватне середовище, спрямоване на розвиток активності в аспекті формування провідної діяльності та самореалізації дітей зі складними порушеннями; оптимізувати процес формування професійного рівня готовності психологів, дефектологів, фізкультурних працівників, реабілітологів, соціальних працівників, лікарів, батьків до корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми, що мають складні порушення.

Актуальність профілактичних заходів щодо попередження, своєчасного виявлення та корекції порушень психофізичного розвитку у дітей обумовлена значною поширеністю цих розладів. Порушення опорно-рухового апарату виникають в період інтенсивного росту та розвитку організму у дітей дошкільного, молодшого та середнього шкільного віку в умовах сучасного високого рівня статичного, сенсорного та інформаційного навантаження, низького рівня загальної рухової активності. Це відбувається через постійну перенапругу м'язів спини під час навчального-виховного процесу. Гіподинамія та нерациональне харчування порушують баланс м'язів, що відповідають за підтримку спини.

При несвоєчасному виявленні та лікуванні ці початкові стадії захворювань та функціональні розлади опорно-рухового апарату переходять у фіксовані форми, спричиняють вертеброгенні захворювання та негативно впливають на якість подальшого життя. Ця тенденція (сколіотична постава, сколіоз) зберігається у підлітковому та юнацькому віці і створює базис для проявів остеохондрозу надалі.

Одним із стратегічних принципів сучасної системи освіти є принцип оздоровчої спрямованості навчально-виховного процесу, що є похідним від принципу гуманізації. Реалізація принципу оздоровчої спрямованості в умовах закладів дошкільної освіти передбачає створення здоров'язберігаючого середовища, тобто середовища, в якому дитині приємно і безпечно знаходитися, що стимулює її розвиток, забезпечує умови для формування здоров'я і є оптимальним для її зростання.

На нашу думку, з метою мінімізації причин кризисного становища в системі дошкільної освіти необхідно забезпечити виконання заходів щодо раннього виявлення порушень розвитку й організації кваліфікованої корекційної допомоги дітям і членам їх родин; передбачити можливості навчання та виховання окремих груп дітей з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого середовища; вирішити питання матеріально-технічного забезпечення інтегрованих дошкільних закладів освіти; удосконалити процес підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів (дефектологів, реабілітологів, психологів, соціальних працівників) з урахуванням потреб регіонів; забезпечити реалізацію державних і регіональних програм комплексного медико-психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку та їх родин.

Для оптимального позитивного ефекту режиму рухової активності, удосконалення рухових дій і мовлення дітей зі складними порушеннями розвитку, зміцнення їхнього здоров'я, підтримання оптимального рівня фізичної та розумової працездатності обов'язковим положенням є правильно побудований та організований режим дня такої дитини. Основу цього загального виховного моменту складає раціональне та оптимальне чергування різних видів діяльності й відпочинку дитини (заняття, прогулянки, їда, сон, фізичні вправи).

Вирішення цього питання потребує формування нової філософії державної політики щодо дітей дошкільного віку, значної, а іноді принципової трансформації (приспосовування, корекції, адаптації) завдань, принципів, засобів, методів, організаційних форм основних розділів базових дисциплін виховання у закладах дошкільної освіти.

У цьому навчально-методичному посібнику надані схема й алгоритм впровадження програми раннього виявлення, профілактики та корекції складних порушень мовлення та функцій опорно-рухового апарату у дітей дошкільного віку у навчально-виховний процес закладів дошкільної освіти. Запропоновані профілактичні заходи, що розроблені з урахуванням поширеності і структури складних порушень у дітей та їх зв'язку з організацією навчально-виховного процесу, є ефективними для зміцнення здоров'я дітей та не потребують значних фінансових витрат.

Широке впровадження розробленої програми у плани навчально-виховної діяльності закладів дошкільної освіти, яка передбачає активну участь учнів, батьків, педагогів, медичного персоналу цих закладів, дозволить своєчасно провести ранню діагностику комплексних порушень мовлення й опорно-рухового апарату, організувати спеціальну допомогу і реабілітацію дітей зі складними порушеннями розвитку, запобігти фіксуванню патології і формуванню захворювань.

З повагою, Олександр Глоба – доктор педагогічних наук, професор кафедри логопедії і спеціальних методик К-ПНУ імені Івана Огієнка

РОЗДІЛ 1.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЩОДО НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ЗІ СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

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

Актуальність проблеми обумовлюється потребою у врахуванні унікальності та своєрідності розвитку дітей з комплексними порушеннями, необхідністю приділення уваги великій кількості проблем соціального, медичного, психологічного та освітнього характеру, які виникають в процесі їх навчання і соціальної реабілітації. У зв'язку з усім вищесказаним особливої актуальності набуває необхідність розробки системного психолого-педагогічного супроводу для дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Навчання побудоване за програмами, які розраховані на корекцію розвитку дітей, які мають складні порушення, або розумову відсталість, чи лише порушення зорового аналізатора, є недостатньо ефективним, оскільки діти з комплексними порушеннями розвитку відрізняються за темпами розвитку та потребують індивідуалізованого корекційного супроводу.

Аналіз спеціальної педагогічної і психологічної літератури (Т. Басилова [4], Г. Бертинь [5], О. Мастюкова [84], М. Певзнер [98] та ін.) показав, що саме діти з комбінованими порушеннями потребують створення для них індивідуальних навчальних планів, організації навчально-виховної роботи з урахуванням їх особливостей, підбору змісту, форм і методів навчання, які мають відповідати їх можливостям.

Через складність структури комплексного порушення розвитку, специфічність характеру спілкування та взаємодії, темпу засвоєння навчального матеріалу, підвищену чутливість до різних подразників, прояви нестабільного психоемоційного стану дана категорія дітей потребує індивідуалізованого корекційного навчання.

Праці Т. Басилової [4], Г. Бертинь [5], С. Коноплястої [71-73], О. Мастюкової [84], М. Певзнер [98], В. Синьова [112-118] та інших дослідників дозволили виділити особливості психічного розвитку дітей з певними комбінаціями психофізичних порушень, проте досі немає єдиної розробленої методичної системи супроводу таких дітей в умовах закладів дошкільної освіти. Це зумовлено тим, що кожна дитина має комбінацію порушень розвитку, яка є відмінною від інших, через що методичну систему корекційного супроводу необхідно розглядати для різних груп комплексних порушень розвитку окремо.

Більшість дітей з комплексними порушеннями розвитку не можуть потрапити до навчання у загальноосвітні навчальні заклади через тяжкість первинних порушень. Тому система навчання даної категорії дітей є актуальною проблемою на сьогодні.

Здійснений аналіз літературних джерел засвідчив увагу до цієї проблеми вітчизняних і зарубіжних дослідників В. Бондар [8], В. Гладуш [18-20], В. Григоренко [37], О. Глоба [21-32], О. Гаврилов [17], М. Єфіменко [48-49], А. Колупаєва [65-67], С. Конопляста [68-70], В. Синьов [112-118], О. Чеботарьова [127-128], Н. Шматко [104] та ін. і надав підстави констатувати, що представлені у науковій літературі ідея «соціальної корисності», «медична модель» здобуття освіти дітьми з особливими потребами неефективні, оскільки інвалідність є не медичною, а соціальною проблемою, проблемою прав людини. Особливе значення для усвідомлення сутності цієї проблеми мають праці, в яких представлені альтернативні теорії: «людської гідності» дітей з порушеннями психофізичного розвитку, здатних до саморозвитку, самовдосконалення, самоактуалізації (О.Глоба [21-32], В. Гладуш [18-20], В. Синьов [112-118], та ін.), «дитиноцентриська» система освіти тощо.

За даними академіка В. Синьова [112-118] 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 нормативних документах 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.

Взагалі, Т. Басілова [4] 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 розумовою відсталістю різного ступеня. У спеціально-педагогічній практиці зустрічаються й діти з множинними порушеннями - розумово-відсталі сліпоглухі, діти з порушеннями опорно-рухового апарату в поєднанні з порушеннями органів слуху або зору та ін.

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.

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 [70, с. 42].

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.

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 розумової відсталості, порушення слуху і розумової відсталості, зору і опорно-рухового апарату.

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 літературі. У працях вітчизняних дослідників зустрічаємо терміни: складне порушення, порушення складної структури, складні, множинні, комплексні та комбіновані порушення розвитку [10].

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 [14-16]. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності первинного порушення, який викликаний біологічним фактором, та вторинних порушень, які виникли внаслідок первинного.

Отже, у випадках патологій окремі порушення зберігають свої особливості, але при цьому виникає якісно новий варіант розвитку дитини. Своєрідність структури при різноманітних порушень 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.

Термін «складне порушення» зустрічаємо переважно у працях, датованих 80-90 роками ХХ ст., Т. Басилової, Г. Бертинь, М. Певзнера, О. Мастюкової. Для визначення поєднання різноманітних первинних порушень найчастіше використовувався термін «складне порушення».

Автори відмічали, що порушення розвитку може бути одиничним (ізолюваним) або складним (множинним). Одиничне порушення - це порушення однієї системи організму. Наприклад, це тільки порушення зору чи порушення слуху. Але ізолюване порушення слухового аналізатора призводить до порушення формування мовлення. Для дитини з вродженою глухотою розвиток вербального мовлення стає неможливим без спеціального навчання, використання технічних засобів. Також, відсутність вербального мовлення впливає на розвиток мислення дитини, що виступає в якості недоліків третього порядку; їх наслідками виступають інші недоліки психічного розвитку. Так само можуть бути вказані первинні, вторинні та інші недоліки психічного розвитку при ураженні тільки органів зору чи при органічному ураженні центральної нервової системи, яке має місце при розумовій відсталості або при дитячому церебральному паралічі.

За Т. Басиловою [4] 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, розумова відсталість з вираженими порушеннями зору та слуху й інші.

Інші автори до складних порушень дитячого розвитку відносять поєднання двох чи більше психофізичних порушень (зору, слуху, мовлення, розумового розвитку та ін.) у однієї дитини. Наприклад, поєднання глухоти та слабозорості, поєднання розумової відсталості, поєднання порушень опорно-рухового апарату та порушення мовлення.

Г. Бертинь, І. Соколянський, Van Dijk, Л. Головчиц вважали, що складне порушення – це специфічно цілісний феномен, який характеризує принципово особливу ситуацію розвитку дитини.

М. Блюміна 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. Складне порушення характеризується поєднанням двох або більш порушень, що однаковою мірою визначають структуру аномального розвитку і труднощі навчання і виховання дитини. Наприклад, складне порушення має місце у дитини з одночасним ураженням зору і слуху, або слуху та моторики і т.п.

Дослідниця виділяла два типи комбінацій порушень, які є у однієї дитини. *Перший* – коли наявність одного порушення веде за собою вторинні та порушення третього порядку, наприклад, глухота, яка 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, ускладнені форми олігофренії. Особливо підкреслювалося, що при цих двох типах взаємодій між порушеннями говорити про складне порушення не можна, оскільки йшлося тільки про одну первинно неповноцінну функцію. До них не відносяться вторинні порушення, а також ускладнені порушення.

У відповідності з сучасними уявленнями, 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, Г. Бертинь, О. Мастюкова, М. Певзнер; Т. Розанова). 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.

О. Мещеряков, Т. Розанова, які займалися проблемою поєднаних порушень, відмічали той факт, що психічний розвиток при подвійному

чи потрібному 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.

J. Van Dijk відмічає складності відмежування впливу розумової відсталості та сенсорних порушень на хід психічного розвитку дитини. До особливої групи D. F. Moores 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).

Одночасне ураження декількох функцій однієї системи організму, як результат впливу несприятливого фактору, називають ускладненим порушенням або множинним. Наприклад, результатом перинатального ураження ЦНС може стати поєднання ліквородинамічних, рухових та поведінкових розладів, які можуть розглядатися як симптоми ускладненої розумової відсталості. 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.

У США використовують термін «multiple disability», що розглядається як наявність у дитини декількох психофізичних вад: розумової відсталості та сліпоти, розумової відсталості та порушень 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 спеціальних освітніх програмах, орієнтованих на одне порушення [135].

Власне, у зарубіжній англійській літературі, можна відмітити тенденцію до зміни термінології, пов'язаної з найменуванням психофізичних вад та 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) [134,135]. Тоді як пряме значення слова «impairment» найближче до українського слова «ураження».

У німецькій термінології «складне порушення» визначається як комплексний синдром, частиною якого є розумова відсталість, яка комбінована зі сліпотю, глухотою, розладами опорно-рухового апарату або соматичними порушеннями.

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.

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.

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.

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, 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. У дошкільному та шкільному віці стали частіше виявлятися первинні порушення мовлення у дітей з глибокою патологією зору.

Можливості психофізичного розвитку дітей даної категорії 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. Але при цьому такі діти можуть мати непогані потенційні освітні можливості, що дозволяє їм навчатися в спеціалізованих групах і класах дошкільних та шкільних закладів корекційного типу, а в окремих випадках – при умові розробки індивідуальної програми виховання та навчання – в класах для дітей з аналогічними первинним порушенням. Результати корекційної роботи свідчать, що психофізичний розвиток дитини визначається не тільки структурою та вираженістю первинних порушень, але й якістю тієї роботи, мірою її ефективності в попередженні та корекції вторинних і наступних відхилень у розвитку.

W. Duplan, J. Van Dijk 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 організовувати 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 розумововідсталих з порушеннями слуху і зору. До функціонуючих на низькому рівні були віднесені діти з тяжкими руховими порушеннями та найбільшою втратою зору і слуху.

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

Грунтуючись на аналізі наукових досліджень з окресленої проблеми, М. Жигорєва 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 (Т. Басілова, Г. Бертинь, О. Мастюкова, М. Певзнер, Т. Розанова). 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.

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 лікувально-корекційної та 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.

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.

Аномалії розвитку, які входять до складу комплексних порушень, пов'язані з пошкодженнями різних систем; походження вони можуть мати загальне або змішане, тобто можуть бути викликані різними патогенними агентами. В. Лубовський [79] вказував, що порушення розвитку бувають особливо значними у випадку одночасного ушкодження декількох аналізаторів (слухового та зорового) або поєднання порушення одного з провідних аналізаторів з дифузним ураженням мозку (наприклад, сліпота чи глухота в поєднанні з розумовою відсталістю).

О. Мастюкова [84] підкреслювала, що в ряді випадків може мати місце одночасне ураження декількох функціональних систем організму або поєднання тотального недорозвитку кори головного мозку з ураженням окремих функціональних систем, чи ураження окремих мозкових структур з порушеннями подальшого їх дозрівання, а інколи і мозку в цілому. Різноманітні поєднання симптомів ушкодження (енцефалопатичних) та недорозвитку (дизонтогенетичних) мозкових структур призводять до появи складного порушення.

Комплексні порушення розвитку можуть бути викликані однією або декількома причинами, різними або однаковими за походженням. Усі їх можна представити декількома варіантами: одне порушення має генетичне, а друге – екзогенне походження (наприклад, дитина успадкувала міопію по лінії матері, а порушення опорно-рухового апарату виникло в результаті пологової травми).

Особливе місце серед причин, які викликають множинні порушення розвитку, займають фактори генетичного походження, різні захворювання, спадкові синдроми (синдром Маршала, синдром Ушера, синдром Альпорта, синдром Лоу та інші). Причинами комплексних порушень можуть бути хронічні соматичні захворювання матері (діабет, захворювання щитовидної залози, тяжке порушення серцевої діяльності тощо). Відмічається збільшення чисельності дітей, у яких на виникнення комплексних порушень розвитку вплинула глибока недоношеність.

До екзогенних за походженням захворювань, які призводять до комплексного та множинного порушення розвитку, відносяться різноманітні пренатально (внутрішньоутробно), натально, постнатально перенесені захворювання. Найпоширенішими є краснуха, кір, туберкульоз, токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція й інші. Захворювання, такі як кір або скарлатина, можуть привести до комплексного порушення розвитку у дитини [124]. Внаслідок цього

спостерігаються вроджені ураження зору (вроджена катаракта), слуху (глухота), пороки серця й найчастіше порушення інтелекту.

Зарубіжні автори [134, 135] в своїх дослідженнях дійшли висновку, що здібності до навчання дітей, які перенесли конгенитальну (внутрішньоутробну) краснуху, визначаються часом захворювання плоду. Найбільший ризик множинного порушення плоду виникає при захворюванні матері краснухою на ранніх строках вагітності. Третина дітей, які перенесли краснуху внутрішньоутробно, народжуються з комплексними вродженими порушеннями розвитку. Приблизно 87% дітей мають порушення слуху, 46% – вроджений порок серця, 34% – вроджені порушення зору та 39% – труднощі в навчанні. У частини дітей всі ці вади розвитку зустрічаються одночасно у вигляді катаракти обох очей, глухоти та вродженого порока серця. Спеціалісти називають це поєднання «тріада Грега» – за іменем голандського доктора, який вперше встановив зв'язок між захворюванням краснухою вагітної жінки і тяжкими пороками розвитку (соматичні захворювання, катаракта, прогресуюче порушення слуху, захворювання цукровим діабетом, ДЦП та ін.) її майбутньої дитини.

Іншим відомим внутрішньоутробним вірусним захворюванням, яке може призвести до комплексних порушень, є цитомегаловірусна інфекція (ЦМВ), яка вважається найбільш поширеною серед усіх вроджених інфекцій. Захворювання частіше протікає у матерів майже без видимих симптомів і підтверджується тільки після лабораторних досліджень. У період новонародженості це захворювання проявляється у деяких дітей у вигляді затяжної жовтухи, а в ранньому віці – у вигляді пневмоній, менінгоенцефалітів та інших захворювань. Внаслідок цієї вродженої інфекції у дітей можуть виникати порушення як ізольовані (вроджена клишоногість, глухота, деформація піднебіння та мікроцефалія), так і комплексні (порушення інтелекту, зору та опорно-рухового апарату).

Також до екзогенних факторів відносяться: несумісність крові матері й плоду за резус-фактором, внутрішньоутробні ураження плоду на ранніх стадіях ембріогенезу, що обумовлені токсоплазмозом, гепатитом, грипом та іншими вірусами [19]. Обидва порушення обумовлені різними генетичними факторами, які діють незалежно один від одного (порушення слуху успадковується по лінії матері, а порушення зору – по лінії батька); кожне порушення обумовлене різними екзогенними факторами, які діють незалежно; обидва порушення представляють собою прояви одного й того ж спадкового синдрому; обидва порушення виникли в результаті дії одного й того ж екзогенного фактору.

Можливими причинами появи дітей з комплексними порушеннями розвитку залишаються захворювання батьків діабетом, токсоплазмозом, сифілісом та багатьма іншими захворюваннями. Також однією з причин може бути прийом сильнодіючих ліків на ранньому періоді розвитку, які можуть впливати на слух та зір дитини [33].

Під час пологів та в період годування груддю до виникнення комплексних порушень у дітей можуть призвести хронічні захворювання матері (діабет, гіпертонія, серцево-судинні захворювання, зловживання алкоголем, гепатит, паління, вживання наркотиків, бронхіальна астма, емфізема та інші захворювання, які спричиняють гіпоксію плоду; прийоми деяких препаратів, професійні інтоксикації), які порушують розвиток плоду [38].

Дослідження О. Мастюкової [84] показали, що алкоголь володіє вираженою та прямою тератогенною дією, вибірково вражаючи нервові клітини в мозку та зорового нерву, які формуються. Критичні періоди раннього ембріонального розвитку органу зору та мозку співпадають. Критичними для мозку рахуються періоди 2-11-ого тижня, а для очей 3-7-ого тижня внутрішньоутробного розвитку. Якщо дія алкоголю має місце в першому триместрі вагітності, особливо на 5-6-ому тижні після запліднення, то це, як правило, призводить до загибелі нервових клітин у відділах мозку, які інтенсивно формуються. В результаті виникає комплексне порушення розвитку – поєднання порушень зору та інтелекту. Структура комплексного порушення (зору та інтелекту) при алкогольному синдромі плоду достатньо специфічна не тільки за рахунок фенотипічних особливостей та наявності інших порушень розвитку, які характерні для даного симптому, але і за рахунок своєрідних психопатологічних порушень. Поряд з інтелектуальними порушеннями для цих дітей характерне мовленнєве порушення, нерідко порушення слуху, яке обумовлює низький рівень словесно-логічного мислення. Крім того, виражені порушення функцій уваги, пам'яті, регуляції діяльності. Емоційно-поведінкові та особистісні розлади ускладнюють структуру порушення і сповільнюють процес навчання і виховання цих дітей [64].

Найбільш тяжкі відхилення в розвитку виникають за клінічної смерті новонароджених, яка виникає у поєднанні внутрішньоутробної патології з тяжкою асфіксією при пологах. Встановлена визначена залежність між тривалістю клінічної смерті та тяжкістю ураження ЦНС. За клінічної смерті більше 7-10 хвилин найчастіше виникають малозворотні зміни з боку ЦНС з проявами в подальшому дитячого церебрального паралічу, мовленнєвих розладів, порушень розумового розвитку [61].

Причинами вроджених порушень слуху і зору, порушень зору та розумової відсталості можуть бути захворювання матері токсоплазмоз [84]. Крім порушень нервової системи виділяються специфічні ознаки внутрішньоутробного токсоплазмозу – недорозвинення очей (мікрофтальм), атрофія зорових нервів, катаракта, запалення судинної оболонки очей. Всі ці порушення призводять до тотальної сліпоти. Крім порушень зору, у дітей часто виявляють глухоту та зниження слуху, порушення процесів окостеніння, ендокринні розлади.

В останні роки відзначається зростання числа дітей з вродженими порушеннями зору і слуху, які з'явилися на світ глибоко недоношеними або, які врятовані завдяки досягненням сучасної медицини. Внаслідок чого у них виявляються порушення або недорозвинення зорових функцій (вроджена глаукома, вроджена катаракта, атрофія зорового нерву, ретинопатія). Ретинопатія (ураження сітківки) розвивається у глибоко недоношених дітей при неадекватному кисневому та світловому режимі під час штучного вигошування у кювезах. При використанні кисню в концентраціях, які підвищують атмосферний рівень, виникає підвищений тиск кисню в артеріальній крові дитини, яке може призвести до спазму та подальшого тяжкого ураження незрілої сітківки ока у новонародженого. Внаслідок глибокої недоношеності у таких дітей може спостерігатися і порушення слуху. [64]

Ще однією причиною комплексних порушень розвитку є генетичний синдром – CHARGE. Ця назва склалася із поєднання перших латиських літер шести слів, які позначають ураження різних органів у дитини, які включають в себе опис ураження органу зору, порушення серцевої діяльності, відставання в масі тіла дитини, недорозвиток статевих органів, атрезія (звуження або часткове зарощування) хоан (носових отворів, за якими повітря потрапляє з носа в носоглотку), через що дитина зазнає труднощів при ковтанні, смоктанні та диханні. Саме це вроджене порушення впливає на незвичайний вигляд дитини з цим синдромом [81].

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, складне порушення розвитку може бути викликане однією або декількома причинами, різними або однаковими за походженням:

- 1) одне порушення має генетичне, а інше – екзогенне порушення, і навпаки;

2) обидва порушення обумовлені різними генетичними факторами, які діють незалежного один від одного;

3) кожне порушення обумовлене екзогенними факторами, які діють незалежно;

4) обидва порушення представляють собою різні прояви одного й того ж синдрому;

5) обидва порушення виникли в результаті дії одного й того ж екзогенного походження.

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

1.2. Нормативно-правове забезпечення організації корекційно-реабілітаційних заходів в умовах закладів дошкільної освіти.

Стан дотримання прав дитини в Україні все більше підпадає під увагу держави і громадських організацій, однак небезпека декларативності намірів і далеко не повної їх реалізації залишається, на жаль, актуальною. В українському законодавстві визначені права та гарантії, які в повній мірі відповідають правилам, проголошеним у Конвенції про права дитини.

Конституція України гарантує усім громадянам, зокрема дітям та особам з інвалідністю: право на соціальний захист, що включає право на забезпечення у разі повної, часткової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від громадян обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом (Ст. 46); право на догляд для непрацездатних осіб шляхом створення мережі державних, комунальних, приватних закладів (Ст. 46); право на належне матеріальне забезпечення та на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло (Ст.23); право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм (Ст. 49); право на інформацію і право знати свої права і обов'язки (Ст. 57); право на свободу і особисту недоторканість, (Ст. 29); право на свободу пересування, вільний вибір місця проживання, правовільно залишати територію України, за винятком обмежень, які встановлюються законом (Ст. 33); право володіти, користуватися і розпоряджатися своєю власністю, результатами своєї інтелектуальної, творчої діяльності... (Ст. 41); право на повагу до гідності людини (Ст. 28); рівність у конституційних правах та

свободах без привілеїв за будь-якими ознаками (Ст. 24); право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею. Держава створює умови для повного здійснення громадянами права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізовує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб.... (Ст. 43); право на вільний і всебічний розвиток своєї особистості (Ст. 23).

Закон України «Про охорону дитинства» визнає права дітей на життя та охорону здоров'я, на ім'я та громадянство з моменту народження, на достатній життєвий рівень, на вільне висловлення думки, на отримання інформації, на захист від усіх форм насильства; забороняє дискримінацію дітей-інвалідів та дітей з вадами розумового або фізичного розвитку і декларує рівність можливостей для повноцінного життя з урахуванням індивідуальних здібностей та інтересів; гарантує надання відповідної матеріальної допомоги одному з батьків дитини-інваліда чи особі, яка його замінює (встановлення скороченого робочого дня, надання додаткової оплачуваної відпустки (до 5 днів), відпустки без збереження заробітної плати та інших пільг); гарантує безоплатність спеціалізованої медичної, дефектологічної і психологічної допомоги та протезування у відповідних державних і комунальних закладах охорони здоров'я, можливість отримати базову й професійно-технічну освіту, в тому числі у домашніх умовах, безоплатне забезпечення засобами індивідуальної корекції; визначає право дитини, яка не має можливості виховуватися в біологічній родині, на сімейне виховання в альтернативних формах: прийомних сім'ях та дитячих будинках сімейного типу; визначає перелік закладів для дітей-інвалідів та дітей з вадами розумового або фізичного розвитку, які утримуються за рахунок держави: спеціальні загальноосвітні школи, школи-інтернати, дитячі будинки, дитячі будинки-інтернати, дошкільні та інші заклади.

Закони України «Про освіту», «Про дошкільну освіту», «Про загальну середню освіту» гарантують право дитини на доступність і безоплатність освіти у державних навчальних закладах незалежно від соціального статусу дитини та стану її здоров'я; соціальний захист вихованців, учнів та інших осіб незалежно від форм їх навчання і типів навчальних закладів; здобуття освіти в домашніх умовах; право дитини на родинне виховання; рівність умов для реалізації задатків, нахилів, здібностей, обдарувань, різнобічного розвитку кожної дитини; право на формування особистості дитини, розвиток її творчих здібностей, набуття соціального досвіду; права батьків на вибір закладу здобуття освіти; право батьків /опікунів захищати права та інтереси

дитини в судовому порядку; безоплатні медичні послуги у навчальних закладах для дітей, створення психологічної служби в навчальних закладах та здійснення соціально-педагогічного супроводу у системі освіти задля адаптації дітей до умов соціального середовища, консультативної допомоги батькам та особам, які їх замінюють; створення різних типів навчальних закладів для «осіб, які мають вади у фізичному чи розумовому розвитку і не можуть навчатися в масових навчальних закладах» такі як: спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, школи, дитячі будинки, дошкільні та інші навчальні заклади з утриманням за рахунок держави.

Головною гарантованою державною формою отримання соціальних та освітніх послуг є школи-інтернати та дитячі будинки-інтернати, що вступає в протиріччя з ст.9 п. 1 Конвенції про права дитини ООН і призводить до фактичного вилучення цих дітей із суспільного життя.

Забезпечення декларованих законодавством прав дитини, надання їй допомоги в її захисті залежить від професійного рівня фахівця, від бажання допомогти дитині знайти вихід в кожній конкретній життєвій ситуації. Посилаючись на певний міжнародний досвід, можна виділити відносно новий для вітчизняної корекційної педагогіки, але дуже актуальний для покращення правової соціалізації осіб з порушеннями ОРА напрям роботи.

Найголовніший закон - Конституція України - гарантує рівність у своїх правах дітей, незалежно від походження, а також від того, народились вони в шлюбі чи ні. Будь-яке насильство над дитиною та її експлуатація переслідуються законом. На основі Конституції прийнято низку законів та підзаконних актів, серед яких:

- Закон України «Про охорону дитинства», що визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист та всебічний розвиток, встановлює основні засади державної політики у цій сфері;

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності, довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, запобігання і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості;

- Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» визначає організаційні та правові засади соціальної роботи з дітьми та молоддю;

- Указом Президента України затверджено Національну програму «Діти України» - компетентний документ, у якому відповідно до положень Конвенції ООН про права дитини, ратифікованої Україною, зазначено основні напрямки державної політики стосовно дітей та закони щодо її реалізації центральними та місцевими органами виконавчої влади;

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Міжвідомчої комісії з питань охорони дитинства», яка сприяє реалізації державної політики у сфері охорони дитинства, забезпечує координацію дій у вирішенні питань, пов'язаних із життєзабезпеченням та розвитком дітей, залученням їх до участі в політичному, культурному й духовному становленні держави;

- Цивільний кодекс України, яким визначається правоздатність, дієздатність громадян, які не досягли 18 років;

- Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», який відповідно до Конституції України встановлює гарантований державою рівень матеріальної підтримки сімей з дітьми шляхом надання грошової допомоги з урахуванням складу сім'ї, її доходів та віку дітей і спрямований на забезпечення пріоритету державної підтримки сім'ям з дітьми у загальній системі соціального захисту населення;

- Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», який гарантує дітям вищезазваної категорії право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом установа державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму;

- Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.1994 р. «Про поліпшення виховання, навчання, соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування».

Робота нашої наукової групи регламентується Положенням про порядок здійснення інноваційної освітньої діяльності, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 07.11.2000 № 522 та зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 26.12.2000 за № 946/5167, Положення про експериментальний загальноосвітній навчальний заклад, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 20.02.2002 № 114 зі змінами, внесеними наказом Міністерства освіти і науки України

від 23.11.2009 № 1054, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 16.12.2009 за № 1217/17233.

У практичній діяльності нами використовувалися затверджені Міністерством освіти і науки України відповідні Програми виховання та розвитку дитини дошкільного віку з нашими змінами та доповненнями.

Нормативно обґрунтований порядок організації експериментальної діяльності може бути представлено наступною схемою:

1. Лист-обґрунтування щодо актуальності експериментального дослідження (готується навчально-науковими установами, наявними у регіоні, та направляються у відповідні органи освіти).

2. Прийняття рішення колегією відповідної установи освіти про організацію експериментальної роботи (районного, місцевого, регіонального, державного рівня).

3. Наказ департаменту або управління освіти про надання статусу експериментальних навчальних закладів, призначення наукового керівника, виконавців експериментальної роботи.

4. Укладання договорів про співпрацю між науковими установами та закладами-учасниками експериментальної роботи.

5. Розробка та затвердження сторонами програми експериментальної роботи.

6. Проведення сумісних з батьками нарад, батьківських конференцій тощо.

1.3. Корекційна спрямованість навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами

За результатами наших досліджень та опитування вчителів і батьків дітей зі складними порушеннями розвитку виявлено ряд психолого-педагогічних чинників, що стоять на заваді успішного навчально-виховного процесу: відсутність відповідних психолого-педагогічних умов навчання та виховання учнів з ООП; невідповідність структури, темпу і ритму уроку до їхніх можливостей; формальність застосування індивідуально-диференційованого підходу; волонтаризм вчителів початкових класів по відношенню до дитини з ООП; нівелювання функціональних обов'язків асистента вчителя; відсутність методик включення учня з ООП в навчальний процес; тотальна некомпетентність вчителів щодо психологічних особливостей дітей.

На сьогодні виявилася тенденція за рахунок включення дітей із складними порушеннями розвитку збільшувати контингент учнів масової школи, що забезпечує такій школі існування, але при цьому її педагогічний колектив не уявляє собі, з якими труднощами його члени можуть зіткнутися.

Трапляються випадки порушення прав дітей з ООП. Останнім часом з'явилась примусова формальна інтеграція дітей зі складними порушеннями розвитку в середовище здорових дітей без створення спеціальних освітніх умов, коли з метою економії інтернати розформовуються, дітей переводять у масові навчальні заклади, але умови для їх розвитку не створюють. До того ж, далеко не всі учасники освітнього процесу сьогодні готові прийняти до своєї спільноти дитину зі складними порушеннями психофізичного розвитку (надалі – СПР). Така неготовність пояснюється психологічними, морально-етичними і матеріально-технічними причинами.

З цього приводу Л. Виготський писав: «...Уростання нормальної дитини у цивілізацію являє звичайно єдиний сплав з процесами її природного дозрівання. Обидва плани розвитку (природний і культурний) співпадають і зливаються один з іншим. Обидва ряди змін конвертують, взаємопроникають один у інший і утворюють єдиний ряд соціально-біологічного формування особистості. Оскільки органічний розвиток відбувається у культурному середовищі, остільки він перетворюється у історично зумовлений біологічний процес... У дефективної дитини такого злиття не спостерігається; обидва плани розвитку звичайно більше або менше розходяться... Дефект, створюючи відхилення від стійкого біологічного типу людини, викликаючи випадіння окремих функцій, недолік чи ушкодження органів, більш або менш суттєву перебудову всього розвитку на новому підґрунті, за новим типом, природно, порушує тим самим нормальний перебіг процесу вростання дитини в культуру. Адже культура пристосована до нормальної типової людини, прилаштована до її конституції, і атиповий розвиток, зумовлений дефектом, не може безпосередньо і прямо, як це має місце у нормальної дитини, вростати у культуру...» [16].

Позитивною рисою в становленні напрямку національної освітньої інтеграції є те, що до характерних особливостей досліджень, здійснених за останнє десятиріччя, відносяться тенденції до узагальненого теоретичного осмислення результатів інклюзивної форми навчання учнів різних нозологічних груп, які пояснюються складністю їхнього навчання зі здоровими однолітками; значним посиленням розробки питань корекційно-виховної роботи; вивченням психологічних особливостей дітей відповідно до типу дизонтогенезу; поглибленим експериментальним вивченням окремих питань пізнавальної, мовленнєвої, емоційно-регуляторної, поведінкової сфери дітей; розробкою інноваційних програм підготовки спеціалістів з інклюзії; широкого залучення до досліджень практичних працівників дошкільних, шкільних, освітньо-реабілітаційних установ, членів

громадських організацій, батьків тощо; поєднання науково-дослідної роботи з підвищенням наукової та фахової кваліфікації спеціалістів інклюзивних закладів. Дослідження в області психокорекційної педагогіки (олігофренопедагогіки), логопедії, тифлопедагогіки, спеціальної психології, ортопедагогіки відзначаються різноманітністю аспектів і напрямів. У результаті цієї роботи отримано фактичний матеріал, який вказує на перспективу подолання труднощів впровадження інклюзивної форми освіти в Україні [66].

Даючи оцінку освітньої інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, професор О. Глоба зазначає, що багатьом з цих дітей складно або взагалі неможливо користуватися бібліотеками, спілкуватися з викладачами, науковцями. Вони не можуть пізнати багато наук на практиці, мати фізичний доступ до інтегрованих центрів знань. Діти з ПОРА за наших умов практично позбавлені можливості брати участь у повноцінному людському спілкуванні, проводити разом з усіма вільний час, відвідувати театри, музеї, гуртки та клуби, ходити в походи у ліс [21].

Вчені вважають, що більшість із дітей зі складними порушеннями розвитку не має достатніх умов для успішного особистісного розвитку нарівні з іншими однолітками, хоча сповна мають розумові здібності для цього. Тому для їхнього повноцінного навчання необхідно заповнити саме цей вакуум практичних знань і життєвого досвіду. При системному підході до навчання, безумовно, необхідно звертати увагу на особливості соціально-психологічного розвитку особистості людини з інвалідністю.

Перспективним щодо інклюзії дітей із фізичними порушеннями, на думку Л. Дробот є те, що в компенсаторно-адаптаційній сфері вже враховується специфіка контингенту учнів; її зміст спрямований на корекцію психофізичного розвитку особистості, створення компенсаційних, соціально-адаптаційних способів діяльності. Це виявляється в поєднанні освітньої й лікувальної роботи, організації ортопедичного та захисного режимів, розширенні й поглибленні фізичного виховання, реалізації методик, спрямованих на корекцію індивідуального розвитку з урахуванням особистісного потенціалу дитини [45].

І. Кузавою розроблена та успішно впроваджена в психолого-педагогічну практику система інклюзивної освіти дітей дошкільного віку, які потребують корекції психофізичного розвитку. Специфіка цієї моделі освіти проявляється в організації, змісті, методах навчання, формах його проведення. Вона стосується правових, науково-методологічних та адміністративних ресурсів, передбачаючи

кардинальну перебудову сучасної системи дошкільної освіти: створення єдиного корекційно-розвивального середовища для дітей з різним рівнем психофізичного розвитку; розвиток пізнавального потенціалу дошкільників у спільній діяльності зі здоровими однолітками; організацію системи ефективного психолого-педагогічного супроводу процесу інклюзивної освіти через взаємодію діагностико-консультативного, корекційно-розвиткового, лікувально-профілактичного та соціально-трудового напрямків діяльності; корекція порушених психічних процесів і функцій, недоліків емоційно-особистісного розвитку; охорону і зміцнення фізичного, нервово-психічного здоров'я дітей; надання консультативної допомоги родинам, які виховують дітей із особливостями психофізичного розвитку; успішну соціалізацію вихованців [72].

В результаті аналізу світової літератури, виявлено, що в європейських і північноамериканських країнах широко використовується метод, назву якого дослівно можна перекласти з англійської як «Рівне наставництво» (Peer tutoring, peer mentoring). Рівне наставництво у сфері освіти було визначене в 1960 році педагогом і теоретиком Пауло Фрейре: «Основне завдання наставника - визвольне завдання. Це необхідність того, щоб вчителі відішли від інструктивних завдань і взяли на себе етичну позу ментора, який дійсно вірить в повну автономію, свободу та розвиток тих, для кого він або вона є наставником». Н. Івашура вважає, що для успішного використання рівного наставництва як компонента інклюзивної освіти, потрібна розробка спеціальної програми рівного наставництва та її дотримання [59].

На нашу думку, стосовно осіб з психофізичними порушеннями розвитку терміни «реабілітація», «реабілітаційна робота», «реабілітаційна педагогіка» можна вживати у тих випадках, коли початку такої роботи передував період становлення функцій та їх систем, абілітації, а потім внаслідок травми, хвороби тощо функція була порушена і потребує повернення. Отже, термін «реабілітаційна педагогіка» позначає лише один з часткових варіантів корекційної педагогіки, якщо йдеться про порушення психофізичного розвитку на більш пізніх етапах онтогенезу, внаслідок чого виникає потреба у корекційному супроводі процесу соціалізації особи. Можна говорити лише про реабілітаційні функції корекційної педагогіки - коли йдеться про поновлення педагогічними засобами спроможності людини виконувати ту або іншу соціальну роль внаслідок суттєвого порушення фізичного або психічного розвитку.

Відомо, що процес **абілітації** людини (від лат. *Habilitas* - придатність), тобто становлення її спроможності виконувати свої соціальні функції (бути членом родини, учнем, студентом, працівником, мислителем, керівником, громадським діячем тощо) відбувається у нерозривній взаємодії двох процесів, перебіг яких триває все життя, - **онтогенезу** (психофізичного розвитку організму) та **соціалізації** (входження індивіда у соціальне оточення, присвоєння ним елементів людської культури) [116].

Психофізичний розвиток і соціалізація об'єктивно можуть відбуватися стихійно, спонтанно, внаслідок власного саморуху, і в таких випадках результати цих процесів далеко не завжди відповідають суспільно значущим сподіванням. Саме для того, щоб спрямувати процеси онтогенезу та соціалізації на досягнення позитивних результатів, існує цілеспрямована педагогічна діяльність **виховання**, за допомогою якої суб'єкти педагогічного процесу можуть свідомо, кваліфіковано управляти становленням і розвитком особистості об'єктів цього процесу з урахуванням їх вікових особливостей та соціальних функцій, забезпечити здійснення прямих або опосередкованих виховних впливів, при потребі протягом усього життя [116].

Але що робити, коли процеси розвитку та соціалізації у своїй взаємодії суттєво ушкоджені, і звичайного виховання, орієнтованого на нормальний перебіг цих процесів, виявляється недостатнім, щоб забезпечити якісне управління абілітацією дитини? В таких випадках, на думку академіка В.Синьова, виховання має набути характеру **корекційного** (від лат. - *correction* - поліпшення, виправлення), тобто такого, що виправляє, зменшує недоліки розвитку та соціалізації, попереджує виникнення небажаних новоутворень в особистості, створює спеціальні умови для формування позитивних рис та якостей особистості, розвиток та соціалізація якої відбувається на порушеній, специфічній основі [116].

Більшість авторів стосовно педагогіки виховання осіб з порушеннями процесів розвитку і соціалізації вживають терміни «реабілітаційна», «корекційна» і «спеціальна» педагогіка як синоніми, інші - наполягають на їх принциповому розведенні, неточно розуміючи сутність поняття «корекція», або звужуючи сферу застосування корекційно-педагогічної діяльності.

Певне ототожнення вказаних вище понять відбувається у зв'язку зі створенням в Україні мережі реабілітаційних центрів як багатопрофільних навчально-виховних закладів для різних категорій дітей з обмеженими фізичними чи розумовими можливостями, а також для соціально-психологічної, медичної, трудової реабілітації дорослих

інвалідів. Вся реабілітаційна й абілітаційна робота таких центрів (надання загальної та професійної освіти, фізичне, трудове, естетичне, моральне, правове виховання, розвиток здібностей, навчання спілкування, самопізнання і самовдосконалення, самоуправління поведінкою тощо) ґрунтується на глибокому розумінні особливостей розвитку особистості та на індивідуальному підході до об'єктів освіти і виховання, має яскраво виражений корекційний характер, тобто спрямована на поліпшення процесів розвитку і соціалізації людини.

Зміст, форми та методи навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку мають бути корекційно спрямованими. Це означає, що кожна тема, кожен метод і прийом, використаний учителем чи вихователем, мають не лише сприяти засвоєнню знань, умінь і навичок, формуванню поведінки, а й спрямовуватися на виправлення вад психофізичного розвитку [41].

Повертаючись до з'ясування сутності корекційної спрямованості спеціальної педагогіки, зробимо деякі висновки із зазначеного вище.

1. При порівняно глибоких і стійких відхиленнях від нормального психічного або фізичного розвитку і соціалізації дитини в ході її особистісного становлення, коли необхідні спеціальні педагогічні умови (не тільки організаційні, але й технологічні) для поліпшення, виправлення процесів розвитку і соціалізації особистості, якими керує діяльність виховання, останнє набуває корекційного характеру і стає предметом корекційної педагогіки [26].

2. Об'єктами корекційної педагогічної роботи є діти, які потребують спеціальної допомоги, абілітації чи реабілітації, тому, що мають органічні ушкодження матеріальної основи психофізичного розвитку, які привели до обмежених можливостей здоров'я. Проте значні стійкі відхилення розвитку і поведінки можуть бути зумовлені і суто соціальними причинами.

Отже, при визначенні об'єктів корекційної педагогіки слід орієнтуватися не лише на наявність органічної патології, але, перш за все, на глибину і сталість порушень розвитку та соціалізації, які можуть бути викликані й іншими (в тому числі, й не відомими, не встановленими) причинами [19].

3. Корекційне виховання у низці випадків виявляється необхідним на різних вікових етапах розвитку і стадіях соціалізації дитини.

4. Терміни «корекційна» та «спеціальна» педагогіка дуже близькі за змістом, проте не тотожні, тому що корекційна педагогіка виходить за межі роботи з дітьми, які потребують корекційно-виховних впливів, лише у спеціальних освітніх закладах, охоплюючи більш широку

соціальну сферу. Корекційна педагогіка займається питаннями роботи з такими дітьми і дорослими в умовах реабілітаційних центрів, масових освітніх і позаосвітніх закладів, сім'ї тощо. Слід врахувати також, що спеціальними освітніми закладами називають не лише ті, які здійснюють роботу з дітьми, що мають відхилення у розвитку і поведінці.

5. Корекційні педагогічні впливи при необхідності системно поєднуються зі спеціальними засобами медичної, психологічної, інженерно-технічної корекції, створенням умов для соціально реабілітаційної підтримки дитини з вадами розвитку та її родини. Такі впливи можуть здійснюватися як прямими, безпосередніми, так і як опосередкованими (шляхом залучення об'єкту корекції у спеціально створені умови діяльності і поведінки), але вони завжди мають бути цілеспрямованими, науково обґрунтованими, надійними і гуманістичними [51].

Зміст корекційно-розвивальної роботи визначається з урахуванням особливостей розвитку дітей з особливими освітніми потребами, мети, завдань та напрямів такої роботи.

Корекційно-розвивальна робота спрямована на:

- розвиток зорового або слухового сприймання, мовлення, пізнавальної діяльності, психофізичний, соціально-комунікативний розвиток дітей з ООП, формування в них навичок просторового, соціально-побутового орієнтування тощо;

- розвиток навичок саморегуляції та саморозвитку дітей шляхом взаємодії з навколишнім природним середовищем з урахуванням наявних знань, умінь і навичок комунікативної діяльності і творчості;

- формування компенсаційних способів діяльності як важливої умови підготовки дітей з ООП до навчання у загальноосвітній школі;

- створення умов для соціальної реабілітації та інтеграції дітей з ООП, розвиток їх самостійності та життєво важливих компетенцій» [57].

Корекційний компонент інклюзивної освіти має забезпечуватись кількома шляхами:

- реалізація корекційних цілей у процесі навчання і виховання дітей;

- проведення корекційно-розвиткових занять спеціалістами;

- виконання батьками вимог і рекомендацій фахівців щодо корекційного впливу на дитину [67].

При планування роботи з дітьми з ООП необхідно пам'ятати, що разом зі специфічними труднощами розвитку для всіх категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку властиві такі проблеми:

- соціальна дезадаптованість дитини;
- уповільнене й обмежене сприймання;
- недоліки розвитку моторики;
- вади мовленнєвого розвитку;
- недоліки розвитку розумової діяльності;
- недостатня, у порівнянні зі звичайними дітьми, пізнавальна активність;
- прогалини у знаннях та уявленнях про навколишній світ, міжособистісні стосунки;
- недоліки у розвитку особистості (невпевненість у собі, залежність від оточуючих, низька комунікабельність, егоїзм, песимізм, занижена або завищена самооцінка, невміння керувати власною поведінкою) [72].

Вище означені недоліки можуть проявлятися у дітей неоднаковою мірою, у різних комбінаціях і вимагають внесення певних коректив у навчально-виховний процес та режим дня, що обов'язково відображається у Індивідуальній програмі розвитку (ІПР).

Водночас варто враховувати і педагогічні фактори, які у стандартних умовах закладів освіти можуть призвести до дезадаптації дітей з ООП:

- 1) невідповідність режиму і санітарно-гігієнічних умов психофізіологічним особливостям дітей з особливостями психофізичного розвитку;
- 2) невідповідність темпу роботи реальним можливостям дітей;
- 3) переважання негативних оціночних стимулів;
- 4) непорозуміння і конфліктні ситуації в сім'ї [73].

Плануючи заняття, розробляючи їх конспекти, вихователь ДЗО чітко визначає корекційну мету кожного заняття відповідно дидактичними завданнями, типологічним та індивідуальним особливостям дітей зі СПР [36].

Специфіка педагогічного процесу для дітей зі СПР полягає також у використанні спеціальних засобів корекції з урахуванням конкретної категорії порушення. Усі типи адаптації відзначаються в Індивідуальній програмі розвитку учня. З урахуванням специфіки порушення добираються також види наочності. [36].

Через обмеженість або недосконалість сприймання є необхідність повторювати навчальні дані. Проте цей засіб не означає механічного багаторазового повторення одного й того ж матеріалу. Навпаки, слід

використовувати варіативність повторення для заповнення прогалин у сприйманні [42].

Для активізації пізнавальної діяльності дітей, підтримку їхньої працездатності потрібно оптимізувати темп роботи та динаміку втомлюваності [24], що передбачає, зокрема:

- переключення на різні види діяльності з метою запобігання втомі;
- використання у процесі викладу матеріалу цікавих фактів, прикладів, деталей;
- емоційність викладу;
- організація хвилин відпочинку на уроці;
- створення ситуацій успіху.

Свідоме засвоєння знань можливе лише за умови активної діяльності дитини під час занять, а самостійності діти набудуть, вправляючись у практичній діяльності. Такі дії мають передбачати не лише репродуктивні завдання, а й проблемні, творчі, у процесі яких діти долатимуть труднощі, міркуватимуть, пропонуватимуть власні шляхи й способи дій. Така діяльність збільшить зону найближчого розвитку дітей, що й відповідає принципу корекційної спрямованості навчання [43].

Режим дня має враховувати підвищену втомлюваність дітей зі СПР, швидку виснажливість центральної нервової системи, схильність до патологічних реакцій на надмірне навантаження. В Індивідуальній програмі розвитку зазначаються потреби дитини, через які можуть бути внесені певні корективи у режим дня: розклад занять, додатковий відпочинок, обмеження у заходах [10].

Більшість дітей зі СПР через негативні соціальні фактори є пасивними, не вірять у свої можливості, тому оптимістична налаштованість педагога, його позитивний емоційний стан слугують суттєвим стимулом активізації дітей, їхнього розвитку [10].

З метою стимулювання пізнавальної діяльності дітей, побудови і регулювання стосунків з ними в інклюзивному середовищі слід враховувати, що підвищена залежність самопочуття, психічного тону і працездатності дітей зі СПР від зовнішніх умов висувають і специфічні вимоги до оцінювання. Специфіка полягає у зменшенні кількісної ролі оцінки, використанні її якісного потенціалу. На відміну від загальноприйнятих підходів до оцінки, у корекційно-педагогічній діяльності оцінюються сьогоднішні досягнення дитини у порівнянні до вчорашніх. Здійснюється це дуже індивідуально, з урахуванням реальних можливостей дитини, рівня її досягнень у кожній конкретній галузі, міри старанності, наполегливості, праці, вкладеної у досягнення [17].

1.4. Кадрове забезпечення корекційно-реабілітаційного процесу

Специфіка роботи спеціалістів з особами, які мають обмежені психофізичні можливості в системі різних соціальних інститутів корекційно-реабілітаційної спрямованості, потребує необхідність їх постійного особистісно-професійного розвитку. Такий розвиток включає особистий досвід подолання труднощів, самостійне досягнення успішних індивідуальних результатів професійного зростання як фахівця.

Наявність педагогічних еталонів, норм, правил, яким повинна задовольняти особистісна й діяльнісна сторони особистісно-професійного розвитку реабілітологів, робить можливим його вимірювання. Проблема вимірювання особистісно-професійного розвитку пов'язана з проблемою визначення його критеріїв і рівнів.

Специфіка форм, методів і принципів роботи фахівця з корекційно-реабілітаційної роботи протягом всього процесу реабілітації, широке коло функціональних обов'язків цієї категорії фахівців, які в багатьох аспектах реабілітаційного процесу відіграють основну координуючу, консультативну та інформаційну роль між батьками, адміністрацією та обслуговуючим персоналом, свідчать, що в діяльності фахівців з реабілітації вага профілактичних, суто виховних, та організаторських функцій набагато більша, ніж завдань з безпосередньої практичної допомоги. Важливість покладених на них обов'язків, вимагає від фахівців ефективного володіння інноваційними технологіями реабілітації, опанування і впровадження в практику сучасних науково-обґрунтованих технік і методик, постійного підвищення професійного рівня.

Реалізаторами психолого-медико-педагогічного впливу на осіб зі СПР є лікарі, педагоги, психологи, члени сім'ї та спеціалісти реабілітаційних центрів, реабілітологи, соціальні працівники тощо. З серпня 1999 року Міністерство праці та соціальної політики України затвердило кваліфікаційні характеристики нових спеціальностей: «Вчитель-реабілітолог» та «Асистент вчителя-реабілітолога», які були внесені до Державного класифікатора професій України.

Спеціальність вчителя-реабілітолога - комплексна, бо вимагає від спеціаліста різнопланових знань. Це, перш за все, глибоке знання загальної та спеціальної педагогіки дошкільного виховання, володіння відповідними сучасними методиками корекційного впливу, знання психології, анатомії та фізіології дитини, вміле поєднання у повсякденній роботі елементів фізіотерапевтичного впливу з проведенням логопедичної корекції та наданням психофізичної

допомоги. Вчитель-реабілітолог повинен знати державні стандарти освіти і, залежно від проблем дитини, від ступеня її відхилень від нормального розвитку, вміти скласти та реалізувати індивідуальну програму реабілітації, залучаючи до цього процесу спеціалістів поглибленого впливу та сім'ю дитини з обмеженими можливостями здоров'я. Вчитель-реабілітолог бере участь у всіх ключових напрямках реабілітації. Зокрема, він бере активну участь у тестуванні, у складанні ІПР, визначенні ближніх та дальніх цілей, забезпечує участь батьків у реабілітаційному процесі, поєднує зусилля логопеда, психолога, невролога, педіатра, спеціаліста з фізичної реабілітації, музичного терапевта, спеціаліста з комп'ютерної справи тощо, обирає ефективні форми і методи реабілітаційної роботи. Вчитель-реабілітолог разом зі своїм асистентом проводить навчальні, виховні, соціально-адаптаційні, реабілітаційні, корекційні, компенсуючі та коригуючі заходи.

Важливою ділянкою роботи вчителя-реабілітолога є ведення психолого-педагогічних спостережень, вивчення і фіксація розвитку дітей, аналіз особливостей фізичних та інтелектуальних досягнень, визначення впливу реабілітаційного процесу на формування життєвої компетентності. Робота вчителя-реабілітолога має консолідуєчий характер, бо саме цей спеціаліст, його робота об'єднує зусилля декількох соціальних угруповань, які безпосередньо пов'язані з реабілітаційним процесом.

Різномісна, глибока підготовка вчителя-реабілітолога, його досвід, здатність усвідомлювати і включати поради спеціалістів поглибленого впливу у повсякденну роботу, здатність при необхідності бути і психологом і логопедом, неврологом, і педагогом, здатність трансформувати інформацію і використовувати її у необхідному руслі забезпечує успіх роботи всієї команди.

Інтегральними критеріями особистісно-професійного розвитку, що характеризують професіоналізм особистості спеціаліста, є професійна ідентичність і професійно важливі риси особистості, а інтегральними критеріями, що характеризують професіоналізм діяльності, виступають професійна компетентність і індивідуально-творчий стиль професійної діяльності.

Цільове призначення розробленої нами моделі - вдосконалення змісту та засобів організації неперервного післядипломного навчання фахівців різного профілю (перш за все педагогічних і соціальних) з метою формування спеціальної професійної компетентності, необхідної для здійснення процесу комплексної реабілітації дітей зі СПР з чітко сформульованими професійними завданнями, до вирішення яких

повинен бути готовий фахівець під час здійснення корекційно-реабілітаційної діяльності.

Ми виділяємо інтеграційні характеристики особистості, що включають показники професіоналізму діяльності й професіоналізму особистості фахівця з реабілітації (Табл.1).

Таблиця 1.

Критерії та показники особистісно-професійного розвитку реабілітолога

Компонент особистісно-професійного розвитку	Критерій особистісно-професійного розвитку	Показники особистісно-професійного розвитку
1	2	3
Регулюючий	Критерій педагогічної спрямованості	1. Ступінь схильності до роботи з особами, які мають СПР. 2. Ступінь сформованості уявлень про корекційну діяльність. 3. Провідні мотиви: а) професійної діяльності: взаємодія з дітьми, з батьками; б) спеціально-професійної діяльності: інтеграція загально-педагогічного і спеціально-педагогічного напрямів діяльності.
	Критерій професійної ідентичності	1. Усвідомлення власного образу Я - професійне. 2. Позитивне самоставлення до себе як до майбутнього професіонала.
Стабілізуючий	Критерій професійної компетентності	1. Ступінь сформованості професійних знань. 2. Ступінь сформованості професійних умінь. 3. Успішність вирішення педагогічних завдань у процесі практичної діяльності.
	Критерій сформованості професійно важливих рис особистості	1. Соціально-педагогічні здібності. 2. Професійно важливі якості особистості. 3. Ступінь спрямованості соціально-професійної сфери на дитину зі СПР. 4. Ступінь сформованості антропологічної культури.
Перетворюючий	Критерій сформованості індивідуально-	1. Переважаючі види активності (аналітико-інформаційна, координаційно-комунікативна, прогностична, профілактична,

	творчого стилю діяльності	реабілітаційна, організаційна, соціально-правова підтримка, соціально-трудова підтримка. 2.Сформованість індивідуальної творчої технології. 3. Особливості розвитку якостей творчого мислення. 4. Задоволеність педагогічною працею.
--	---------------------------	---

Різні групи фахівців, які здійснюють корекційно-реабілітаційну роботу з дітьми, мають різні потреби та запити відносно опанування змістом спеціальної компетентності. Тому нами була обрана модульна система навчання з максимальною диференціацією й індивідуалізацією.

Перш за все це стосується педагогів спеціальних навчально-виховних закладів для дітей з ООП, які безпосередньо й постійно взаємодіють з дітьми протягом усього реабілітаційно-педагогічного процесу. Як правило, абсолютна більшість з них має спеціальну освіту (корекційну 70%); споріднену зі спеціальною - 20%; і тільки 10% фахівців мають педагогічну освіту, не споріднену зі спеціальною. Без педагогічної освіти до роботи в заклади цього типу фахівці не приймаються. Наявність дефектологічної та загальнопедагогічної освіти у фахівців цієї групи полегшує виконання завдання опанування ними змістом та технологією спеціальної професійної компетентності щодо здійснення корекційно-реабілітаційної діяльності.

З фундаментальних форм неперервної післядипломної освіти в першу чергу для цієї категорії використовувалась така, як підвищення кваліфікації. Різні види курсів передбачались для педагогів різних кваліфікаційних категорій: курси загальної підготовки для спеціалістів II категорії; тематичні - для спеціалістів I категорії; проблемні та авторські - для спеціалістів вищої категорії.

Логічним продовженням двох спецкурсів є спеціальний практикум, де знання спеціальної та загальної етичної теорії закріплюються й розвиваються в практиці розв'язання різних ситуацій реабілітаційно-педагогічного процесу. Провідною формою роботи на спецпрактикумі стали ділові ігри, виконання вправ, вирішення педагогічних ситуацій, етичні практикуми тощо. У результаті спеціальний практикум допомагають педагогам тренуватися в прийнятті певних моральних рішень, які є інтелектуальним процесом здійснення вибору альтернативи вчинку, виходячи з конкретних етичних норм і цінностей, притаманних саме реабілітаційно-педагогічній роботі з дітьми зі СПР.

Експериментальна робота показала, що абсолютна більшість педагогів спеціальних навчально-виховних закладів без особливих проблем опановують спеціальну професійну компетентність щодо здійснення корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми зі СПР.

По-іншому організована робота з педагогами загальноосвітніх навчальних закладів. Нами практикується проведення курсів на базі спеціальних закладів відповідного профілю. На курсах пріоритет у розподілі модулів є таким же, як і у педагогів спеціальних закладів. Але на провідну відмінність у роботі з педагогами цієї групи вплинуло те, що 70% з них не мали спеціальної корекційної освіти. Тому більше уваги приділяється і таким модулям, як комунікативний, психодидактичний, лінгвістичний. Педагогам цієї категорії надається допомога в подоланні морально-психологічних бар'єрів у спілкуванні, у засвоєнні спеціальної педагогічної техніки.

Ще більше відмінностей спостерігається у роботі з педагогами ЗДО, у групах яких присутні й діти з вадами розвитку. На звичайних курсах проводяться комплексні спецсемінари. Пріоритет на семінарах віддається реабілітаційно-виховному, комунікативному, психотехнічному модулям. Але основне навантаження в роботі з педагогами цієї групи покладається на заходи міжкурсового характеру - консультації, семінари, інструктивно-методичні наради.

З педагогами позашкільних закладів проводяться цільові, постійно діючі семінари, організована робота творчих груп або шкіл передового досвіду. Більше уваги приділяється таким модулям, як дидактичний, психодидактичний, виховний, комунікативний. Змістовний блок включає відповідні знання про природу вад психофізичного розвитку та механізм їх реабілітації, акцентується увага на міждисциплінарному характері проблеми. Важливою складовою змісту системи підвищення кваліфікації кадрів стали дидактичні особливості навчання, реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями з пріоритетною спрямованістю на процес саморозвитку й самоосвіти.

Для батьків, працівників соціальних служб або громадських організацій з модулів на перше місце виходять такі, як комунікативний, лінгвістичний, культурно-просвітницький, виховний.

Найголовнішим та вагомішим у методичній роботі є надання реальної, діючої допомоги реабілітологам у розвитку їх майстерності щодо поєднання професійних знань, навичок і умінь та необхідних для сучасного педагога властивостей та якостей особистості.

Нами з метою визначення єдиного підходу до вирішення певних проблем, обговорення актуальних питань організації навчально-

виховного процесу, аналізу результатів колективної діяльності, вивчення і поширення кращого педагогічного досвіду, науково-технічної та педагогічної інформації використовуються такі колективні форми методичної роботи як: педагогічна рада, методичні комісії, інструктивно-методичні наради, теоретичні та практичні семінари, школи професійної майстерності та передового досвіду, науково-практичні конференції, педагогічні читання.

Робота педагогічної ради проводиться відповідно до плану, який складається, як правило, на календарний рік та затверджується на першому засіданні педагогічної ради. Нашими фахівцями було розроблено алгоритм підготовки проведення педрад, що забезпечує їх ефективність:

1. Визначення цілей та завдань педради.
2. Формування малої творчої групи педради.
3. Підбір літератури з питання, яке підлягає аналізу та підготовка первинного матеріалу силами малої творчої групи.
4. Обговорення первинного матеріалу розширеною творчою групою, коригування цілей та завдань.
5. Складання плану підготовки та проведення педради.
6. Оголошення усіх питань педради, плану проведення, літератури, графіків анкетування та графіків відкритих занять у десятиденний термін до проведення педради.
7. Розробка анкет та проведення анкетування слухачів, при необхідності також і викладачів.
8. Відвідування занять адміністрацією та проведення їх аналізу за певною схемою.
9. Відвідування занять провідними спеціалістами (керівниками методичних об'єднань) та проведення аналізу занять.
10. Обговорення та обробка цифрового матеріалу спочатку складом малої творчої групи.
11. Проведення відкритих занять згідно теми педради.
12. Проведення семінарів чи лекцій згідно тематики педради (лектором інституту вдосконалення вчителів або університету).
13. Обговорення питань педради на засіданнях творчих лабораторій (методичних об'єднань викладачів).
14. Проведення творчих майстерень викладачами-майстрами педагогічної праці.
15. Підготовка питань для роботи (обговорення) у малих групах до підсумкового засідання педради або під час його проведення.
16. Моделювання процесу обговорення цих питань керівниками малих творчих груп.

17. Підготовка конференційного залу та необхідних матеріальних засобів для проведення педради : паперу, фломастерів, плакатів, кодограм, мікрофона, музики тощо.

18. Залучення до роботи служби психологів: опитування слухачів; опитування родичів слухачів; підготовка роботи малих творчих груп; опитування головуючого на педраді.

19. Попередня робота з прес-центром (фахівці з верстки).

20. Підготовка проекту рішення педради.

21. Аналіз роботи педради.

22. Оформлення папки з матеріалами педради.

23. Формування наступних цілей та завдань.

Педагогічні ради проводяться нами також у нетрадиційній формі: захист інновацій, рада-диспут, рада-конференція тощо.

Інструктивно-методичні наради проводяться з метою інформування педагогічних працівників, оперативного вивчення та обговорення нормативних актів, документів та окремих поточних питань, формування конкретних навчально-виробничих та навчально-виховних завдань, а також поточного інструктажу педагогічних працівників

Проблемні семінари, семінари-практикуми, лекторії, школи передового досвіду організовувалися з метою поглибленого вивчення найбільш важливих питань навчально-виховного процесу, пропаганди та впровадження конкретного передового досвіду і проводяться диференційовано, залежно від поставлених завдань, складу педагогічних працівників, рівня їх професійної компетентності. У ряді випадків на семінарах проводяться дискусії, диспути, ділові ігри, що є школою набуття викладацького досвіду, творчої роботи.

Науково-практичні конференції – своєрідна форма підведення підсумків роботи закладу, окремих педагогів над актуальними методичними проблемами, виявлення й узагальнення кращого практичного досвіду. На науково-практичних конференціях та педагогічних читаннях обговорювалися актуальні педагогічні проблеми, система роботи кращих навчальних закладів та педагогічних працівників, заслуховувалися доповіді та інші матеріали з окремих питань педагогічної теорії та практики, підводилися підсумки та обговорювалися результати експериментальної та дослідницької роботи, яка здійснюється в реабілітаційному середовищі.

Індивідуальні форми (наставництво, консультації, самоосвіта та стажування) - це надання адресної практичної допомоги реабілітологу в реалізації програми професійного підвищення кваліфікації з врахуванням рівня його компетентності, потреб і зацікавленості.

Індивідуальні форми методичної роботи пов'язані з особливістю закладу. У зв'язку з тим, що навчальний процес одночасно є і реабілітаційним, самоосвіта є обов'язковим елементом розвитку професійної компетентності педагогічних працівників, які вільно обирають форми, методи та засоби навчання.

Самоосвіта - це процес, який тісно пов'язаний з повсякденною індивідуальною діяльністю. Рушійною силою самоосвіти є суб'єктивне усвідомлення педагогом об'єктивної потреби в узагальненні та вдосконаленні своєї професійної діяльності. Практика показує, що потреби не завжди усвідомлюються педагогом та відповідають його запитам.

1.5. Методичне та матеріально-технічне забезпечення корекційно-реабілітаційного процесу в умовах ЗДО

Основними умовами ефективності корекційно-реабілітаційного процесу для дітей зі складними порушеннями розвитку було визначено: *організаційні, діагностичні, дидактичні, корекційно-розвиткові, соціально-реабілітаційні.*

Організаційні умови: проходження дитиною зі СПР консультації ІРЦ, що є умовою та вимогою зарахування до закладу; наявність інфраструктури закладу освіти; зарахування дитини зі СПР до закладу освіти; проходження медико-психолого-педагогічної консультації з метою визначення актуального 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; наявність складеного індивідуального календарно-тематичного плану на рік; наявність індивідуальної картки розвитку дитини; наявність щомісячного журналу занять з метою контролю та перевірки роботи спеціального педагога; наявність транспортного засобу для розвозки дітей; оцінювання дітей зі СПР; наявність написаної психолого-педагогічної характеристики спеціалістами, які займаються з дитиною.

Діагностичні умови: наявність анамнестичних відомостей (вивчення діагнозу дитини, картки здоров'я та розвитку, виписок з медичної картки, протоколів ІРЦ, характеристик з попередніх місць виховання, висновків спеціалістів різного профілю); наявність достовірних і повних відомостей про розвиток дитини й умови виховання в родині (анкетування, опитування, інтерв'ю - Додаток В); наявність наочного діагностичного матеріалу (дітям потрібно було підбирати наочність, яка відповідала би можливостям дитини: предмети для дослідження, які б дитина могла схопити руками, враховуючи рухові

та мовленнєві можливості 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 із різного матеріалу, недрібним, гіпоалергійним, контрастним); наявність комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики для дітей зі СПР.

Дидактичні умови: здійснення адаптації змісту навчання і виховання до можливостей дитини (індивідуальний план розроблявся відповідно до можливостей кожної дитини); здійснення індивідуального підбору методів, прийомів та засобів (використовувалися загальнопедагогічні методи, але попередньо адаптовані до можливостей кожної дитини індивідуально; умовою використання цих методів було включення усіх збережених аналізаторів, що дозволило дитині запам'ятовувати матеріал ефективніше; всі методи мали корекційно-розвиваючий характер; були доступними і водночас відповідали розвитку дітей; методи стимулювали дітей до самостійної роботи, ініціативи; було поєднання методів, що підвищувало ефективність корекційного процесу та успішність отримання нових знань); орієнтування на провідний вид діяльності (у дітей зі СПР лишалася провідною предметна діяльність; дітей вчили послідовності дій у побуті – як мити руки, витирати обличчя, що в подальшому допомагало їм вчитися грати; особливе значення мали дидактичні ігри); наявність календарного режиму дня (чітко встановлений режим дня був запорукою успішного розвитку та виховання дитини); наявність спеціальних навчальних та ігрових посібників, зокрема, книг «досвіду» для розвитку дітей зі СПР (книги «досвіду» - це зошит чи альбом, куди клеювалися предмети чи зображення того, з чим ознайомилися на прогулянці, який використовувався для вивчення предметів та явищ навколишнього світу).

Корекційно-розвиткові умови: наявність спеціального обладнання для індивідуального психолого-педагогічного супроводу (спеціалізовані крісла з корсетами, підлокітниками, спеціальні столи, коректори постави, фіксатори для рук, ніг, тулуба, ортези на шийний відділ хребта, стіл ігровий); застосування спеціальних завдань з психолого-педагогічної корекції порушень у розвитку (компенсаторно-адаптаційне навчання, яке сприяло адаптації в навколишньому світі на основі корекції та компенсації порушень у розвитку); застосування прийомів та методів корекції проблемної поведінки (пісочна терапія, арт-терапія, ігрова психотерапія, казкотерапія, психогімнастика, психодрама; привітання, подяка, запам'ятовування та використання імен дітей, вибір

тем для розмови, активне слухання, використання м'імічних поз; навички поведінки у конфліктних ситуаціях: вміння сказати «ні», попросити допомоги, вміння вибачатися; навички дружби: вміння дякувати, приймати подяку, вміння робити щось по черзі, охайність та акуратність, розуміння ролі правил в побутовому житті); наявність в індивідуальній роботі систематичного психолого-педагогічного консультування батьків (обговорення роботи дитини на занятті та за межами заняття; надання рекомендацій щодо закріплення 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; 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); використання інноваційних технологій (комп'ютера, електронних книг, аудіокниг, планшетів, телефонів та іншого технічного обладнання) в індивідуальному навчанні та вихованні дітей зі СПР.

Соціально-реабілітаційні умови: наявність індивідуальних технічних засобів реабілітації; наявність технічних засобів для розвитку соціально-побутових навичок та самообслуговування.

Всі умови тісно були взаємопов'язані між собою та доповнювали одна одну. Реалізація цих умов забезпечила активне виховання дитини та ефективний розвиток дитини зі СПР.

Всі описані вище умови було реалізовано на відповідних етапах організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Методичне забезпечення корекційного фізичного виховання дітей зі СПР ґрунтується на таких принципових положеннях:

1. У роботі з дітьми раннього та молодшого дошкільного віку, а також у випадках складних рухових порушень, в якості провідного виступає індивідуальний метод взаємодії з дитиною, враховуючи її залежність від значущих дорослих.

2. Надалі, з появою більш мотивованої необхідності міжособистісного спілкування дітей, вагомим значенням набуває індивідуально-груповий (або малогруповий) метод проведення занять, коли педагог одночасно працює з 3-6 особами. За таких умов увага надається кожній дитині, проте пріоритет належить груповим рухово-ігровим інтересам. З метою підвищення ефективності корекційних заходів має сенс застосовувати метод типологічної групи, коли на

заняття з корекційного фізичного виховання підбираються діти з подібними руховими порушеннями.

3. Подальша соціалізація дитини передбачає необхідність посилення підгрупового методу проведення занять з фізичного виховання та рухової реабілітації (до 10 дітей). За таких умов індивідуальний підхід до кожної дитини зберігає своє значення – ось чому на цьому етапі важливим стає колективно-індивідуалізований стиль роботи.

Позитивними моментами групового методу є: формування рухових та інших взаємодій між дітьми. Колективні взаємодії стимулюють формування необхідних особистісних якостей, вміння спілкуватися. Діти наслідують позитивні якості, бажання змагатися, підвищується мотивація в різних побутових, навчальних та трудових діях.

4. В основі загального підходу до проведення занять з корекційного фізичного виховання лежить тотальний ігровий метод, згідно з яким оздоровлення, виховання, розвиток та навчання здійснюється на основі гри.

5. Важливе значення, особливо для дітей перших років життя, має метод повторно-кільцевої побудови заняття, суть якого полягає в тому, що під час кожного заняття з корекційної фізичної культури основні рухові режими виконуються у природній послідовності (з положення лежачи до положення стоячи або до ходьби (при можливості, бігу та стрибків). Така послідовність обумовлена природною етапністю розвитку дитини періоду раннього онтогенезу (першого року життя) і є найбільш ефективною у фізичному вихованні та руховій реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

6. Особливої вагомості у випадках дитячих церебральних паралічів набуває предметно-маніпулятивна діяльність, яка передбачає постійну взаємодію дитини з різним дрібним інвентарем, тренажерами та стаціонарними конструкціями. У першу чергу це стосується верхніх кінцівок (кистей та пальців), ефективний розвиток яких сприяє повноцінному формуванню обох півкуль головного мозку та стимулюванню загального розвитку дитини. Додатковими позитивними моментами такої діяльності є конкретне пізнання властивостей різних матеріалів, розвиток «знаряддевої логіки» (ознайомлення з призначенням тих чи інших предметів, пристосувань, способами взаємодії з ними), а також програмована кінцева результативність дій з різними предметами.

Окрім перелічених вище основних методів, у корекційному фізичному вихованні дітей зі СПР доцільно використовувати такі перспективні методи, як метод музикотерапії; метод кольорової (світлової)

терапії (кожному основному руховому режиму відповідає той чи інший колір спектру); метод «досягнення бажаного через необхідне»; метод «лагідної твердості» тощо.

Ефективність процесу психофізичного розвитку дітей зі складними порушеннями забезпечується впровадженням у виховний процес ДНЗ спеціального обладнання, яке доцільно згрупувати у такі основні види: стаціонарне фізкультурне обладнання; тренажери та тренажерні системи; індивідуальний інвентар.

До Стаціонарного фізкультурного обладнання ми відносимо: шведські драбини; поролонові гімнастичні мати; бруси дерев'яні; дзеркальна стінка (набір з декількох дзеркал, які закріплені на стіні); килимове покриття; гімнастичні лави; поперечини; вертикальні металеві опорні стійки; канат; сходишки та ін.

Примірні тренажери та тренажерні системи для занять корекційними фізичними вправами, а також вимоги до таких занять включено до «Програми розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату» (Рекомендовано Міністерством освіти і науки України: лист Міністерства освіти і науки від 05.12.2012 №1/11-18795) за загальною редакцією доктора педагогічних наук, професора А. Шевцова. Це, перш за все: веловерстат традиційний; манеж-каталка для ходьби; батут традиційний; великі м'ячі різного розміру (футболи); куби дерев'яні різного розміру; стільці різновисокі; драбини підвісні; підвісний канат; мотузкові драбини; підвісні шести; переносні шести; переносні дошки з гачками (приставляються до драбини під нахилом); дошки рельєфні різних видів для корекції порушень стопи (звичайна, «ребриста», «ялинкою», «сферична», «жолобом», «двоскатна» та інші); слизька пластикова поверхня «Каток» (для полегшення повзальних рухів) та ін.

До індивідуального фізкультурного інвентарю ми відносимо: гімнастичні палиці; гімнастичні обручі; жердини; кільця; мотузки); диски «Здоров'я»; довжиною 0,5-1 м; гантелі цільні гумові чи пластмасові насипні (1-3 кг пересувні опорні ходилки; качалки (поздовжні й поперечні); міні-штанга; тенісні м'ячі; набори кегель; надувні пляжні м'ячики; м'ячі гумові середнього розміру (стандартні); набивні м'ячі (1-3 кг); дерев'яні «цеглинки»; шаблі різновисокі; опорні тростини для ходьби; індивідуальні килими (з пенополіуретану, фрідоли, карімат); поролонові модулі різної форми та розміру.

Раціональне використання спеціального фізкультурного обладнання під час корекційних занять вимагає дотримання наступних принципів: безпеки універсальності, вікової відповідності, корекційної спрямованості.

Перед початком заняття необхідно обов'язково перевірити фізкультурне обладнання щодо його справності. Під час корекційних занять з фізичного виховання фахівець повинен контролювати кількість дітей, з якими одночасно проводиться робота.

До протипоказів роботи дітей на тренажерах відносяться: наявність значних спастичних контрактур у суглобах верхніх або нижніх кінцівок, виражені гіперкінези, вестибулярна слабкість, судорожний синдром, тяжкий ступінь кінської стопи, епі-синдром, індивідуальна несприйнятливність, підвищена температура тіла, гострий період соматичних захворювань тощо.

Важливим також є наявність серед обладнання медичних кабінетів пантографа (плантовізора) для регулярного контролю за станом опорно-рухового апарату та розробки індивідуальних корекційних програм.

Від того, наскільки зручна і функціональна поза під час сидіння дитини за столом, залежить формування її постави. Поза впливає також на функціонування зорового аналізатора, центральної і вегетативної нервової системи, серцево-судинної системи, органів травлення.

Визначити відповідність меблів зросту дитини дуже легко. Основними функціональними розмірами є висота сидіння та висота стола. Дитину необхідно посадити так, щоб її спина упиралась в спинку стільця (при цьому 2/3 довжини стегна знаходяться на стільці). Передній край стільця повинен заходити під поверхню столу приблизно на 5 см. Висота сидіння стільця має дорівнювати довжині гомілки зі стопою у взутті (тобто, при оптимальній позі ноги дитини стоять на підлозі, кут у колінному суглобі прямий). При цьому поверхня стола повинна знаходитись на 2-6 см вище ліктя опущеної руки дитини, що сидить. Якщо ці розміри і конструкція робочого місця витримані, поза у дитини під час заняття буде стійкою, кут нахилу корпусу сприятливим, плечі симетрично розташованими. Ця поза не призводить до здавлювання внутрішніх органів та крупних судин, при цьому витримується необхідна безпечна відстань від очей до поверхні стола.

Враховуючи процес росту дитини, найбільш оптимальними будуть меблі, що регулюються. У випадку, якщо немає можливості придбати спеціальні меблі, необхідно оптимізувати робоче місце дитини, а саме: при високому стільці на підлогу необхідно установити тверду, стійку підставку для ніг, а при високому столі на стілець підкласти жорстку подушку. Для того, щоб очі і корпус дитини не перенапружувались, необхідно забезпечити перпендикуляр від очей до книги за допомогою спеціальної підставки для книг або нахилу кришки стола, якщо він регулюється.

Для оптимального функціонування опорно-рухового та зорового аналізаторів і гармонійного психічного розвитку дитини необхідно забезпечити сприятливий світловий режим і кольорову гамму у кімнаті. Для праворуких дітей світло від вікна та настільної лампи повинне падати з лівої сторони, для ліворуких – справа. Бажано, щоб загальне освітлення у кімнаті і місцеве (настільна лампа) були одного типу (наприклад, лампи розжарювання). Слід віддавати перевагу лампам з теплим світлом, що забезпечують достатній рівень та рівномірність освітлення по всій робочій поверхні, відсутність мерехтінь і акустичних шумів.

При оздобленні інтер'єру необхідно враховувати, що найбільш гармонійний вплив на психоемоційний стан дитини мають стіни світлих тонів жовтого, рожевого, зеленого кольорів; меблі (столи, полиці, тумбочки) – кольору світлого натурального дерева. При цьому використовуються матеріали, що створюють матову поверхню.

РОЗДІЛ II.

Характеристика інноваційних підходів щодо корекції порушень психофізичного стану дітей дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку

2.1. Особливості психофізичного розвитку дітей дошкільного віку зі складними порушеннями опорно-рухового апарату та мовлення

Унікальність періоду дошкільця порівняно з подальшими віковими етапами становлення особистості полягає в тому, що він створює основи саме загального розвитку дитини. Формуються не лише ті якості психіки, що взагалі характеризують поведінку дитини, її ставлення до довкілля, а й такі, що проєктуються на майбутнє і виявляються у важливих психологічних новоутвореннях.

Розвиваючись як особистість, дитина формується і розкривається в стосунках з оточуючими її людьми. У цей віковий період дорослий є взірцем для наслідування. У дитини розвивається бажання робити так, як дорослий (мама, тато, дідусь, бабуся тощо), і вона намагається всього навчитися.

У загальній історії розвитку людини дошкільний період дитинства має самостійне значення. Це розвиток мовленнєвого спілкування дитини з оточуючими (мова виконує функцію спілкування і є засобом мислення); розквіт образних форм навчання (засвоєння сенсорних еталонів, розвиток перцептивних дій, створення наочних моделей, образів уяви), що і є основою для розвитку здатності дитини до творчості; розвиток здатності до співпереживання, співчуття, вихід за егоцентричну позицію і на основі цього засвоєння культурних моральних еталонів поведінки; становлення первинного світогляду, формування внутрішніх етичних інстанцій, супідрядність мотивів, довільної поведінки, усвідомлення свого «Я», здатність оцінювати себе об'єктивно.

Погляд на дитину як на цінність визначає загальний підхід до її виховання, навчання й розвитку з позицій ампліфікації і передбачає максимальну реалізацію можливостей дитини, що формуються й виявляються в специфічно дитячих видах діяльності. Ампліфікація полягає в розширенні розвитку на противагу акселерації - штучного прискорення його, що нині, на превеликий жаль, набирає сили у зв'язку з інтелектуальним розвитком і зменшенням уваги до інших, украй важливих аспектів виховання, наприклад, емоційного або вольового розвитку.

Розвиток дитини має дві взаємозалежні складові: фізичний та психічний розвиток. Фізичний розвиток - це процес становлення і змін біологічних форм і функцій організму дитини [29]. Психічний розвиток відбувається у процесі активної взаємодії дитини з навколишнім середовищем. Кожна наступна стадія розвитку пов'язана з попередньою, проте специфічною особливістю кожного вікового етапу є виникнення нових властивостей, які якісно відмінні від тих, які були на попередньому. Ці етапи змінюють один одного в певній послідовності.

Психічний розвиток - це складний процес, його ритм не завжди збігається з віковими періодами дитини. Темп його непостійний: в окремі періоди деякі функції розвиваються особливо інтенсивно, інші в цей час розвиваються поволі.

Порушений розвиток - значне відхилення від умовно-вікових норм фізичного та психічного розвитку, спричинене значними вродженими або набутими порушеннями, що, у свою чергу, зумовлює потребу у спеціальних умовах виховання, навчання, життєдіяльності.

Характеризуючи особливості «аномального розвитку», Л. Виготський [19] говорив, що дитина, розвиток якої ускладнений порушенням, не є просто менш розвинутою, 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 [24] важливою закономірністю порушеного розвитку у дитини є співвідношення первинного порушення і вторинних відхилень.

Дошкільне дитинство - це унікальний період у психічному розвитку дитини. Психічний розвиток, як відомо, є процесом багатогранним, що охоплює в своїй динаміці всі потенційні можливості та реальні прояви духовного світу людини: її особливості, здібності, довільну та емоційну сферу, пізнавальні процеси тощо. Джерело психічного розвитку дитини - це навколишній світ і людський досвід у їх нерозривній єдності. У процесі засвоєння дитиною суспільно-історичного досвіду й відбувається цей розвиток.

Психічний розвиток є загальною формою відтворення дитиною типів діяльності, що склалися історично, та відповідних їм здібностей, рівня розвитку яких суспільство досягає на момент народження дитини. Дитина пізнає світ через свої дійові зв'язки з ним. Водночас у процесі її пізнання створюються внутрішні передумови для подальшого розширення цих зв'язків.

З розвитком пізнання змінюється сама діяльність, стаючи поступово свідомо скерованою на оволодіння знаннями про предмети та

явища об'єктивного світу та їх відношення. Завдяки діяльності дитини відбуваються її саморух, саморозвиток. Зі зміною ставлення дитини до середовища змінюється і роль самого середовища в її психічному розвитку.

Свідомість, що формується в дитини, на кожному етапі цього процесу є не лише результатом життя, а й необхідною умовою його подальшого розвитку. Кожне нове досягнення підростаючої особистості - це результат усвідомлення поставлених суспільним середовищем вимог, зміна її взаємозв'язків з цим середовищем, що в свою чергу, зумовлює подальший розвиток свідомості. Психічний розвиток являє собою розгорнуті в часі кількісні та якісні зміни, що приводять до перебудови структури свідомості (формування особистості).

Таким чином, розвиток особистості дитини полягає не тільки в кількісному збільшенні в неї знань, умінь і навичок, а й у якісних змінах її психічної дійсності, у виникненні нових форм та засобів відображення об'єктивної дійсності, поступовому переході від нижчих до вищих ступенів розвитку свідомості та самосвідомості.

Психічні процеси та особливості розвиваються в дитини нерівномірно: одні діти випереджають у розвитку інших, а потім буває навпаки. За деякими даними кількість дітей, що розвиваються швидко в дошкільному віці, становить 2-3%, а в шкільний період - 1%. Тому дуже важливо виявляти індивідуальні особливості розвитку та враховувати їх у навчально-виховній роботі.

Одним з головних чинників розвитку є формування в дітей здатності свідомо керувати своєю поведінкою. Завдяки цій здатності дитина може піднятися вище від інтересів даного моменту життя, спрямовувати свою активність на пізнання навколишнього, виходячи за межі ситуації, що склалася, передбачати послідовність своїх дій. Це і дає їй змогу ступити на новий щабель розвитку і впевнено перейти до шкільного учіння.

Навчання і виховання є внутрішньо необхідною і загальною формою психічного розвитку дитини. Навчання створює зону найближчого розвитку, тобто викликає до життя внутрішні процеси розвитку, спочатку можливі лише в сфері взаємовідносин дитини і дорослої людини. Зона найближчого розвитку дає змогу визначати його перспективу й тому має велике значення для діагностики психічного розвитку.

Дитина розвивається в діяльності. У сучасній гуманістичній психології вважається, що основні особистісні досягнення дитини перших семи років життя, стосуються двох груп діяльності: моделююча (ігрова, образотворча, конструктивна) та реальна «справжня» типу

самообслуговування, коли реалізуються життєво-важливі функції, що забезпечують життєдіяльність організму дитини. Ці два типи діяльності взаємопов'язані.

Унікальність періоду дошкільця порівняно з подальшими віковими етапами становлення особистості полягає в тому, що він створює основи саме загального розвитку дитини. Формуються не лише ті якості психіки, що взагалі характеризують поведінку дитини, її ставлення до довкілля, а й такі, що проєктуються на майбутнє і виявляються у важливих психологічних новоутвореннях.

Розвиваючись як особистість, дитина формується і розкривається в стосунках з оточуючими її людьми. У цей віковий період дорослий є взірцем для наслідування. У дитини розвивається бажання робити так, як дорослий (мама, тато, дідусь, бабуся тощо), і вона намагається всього навчитися.

Навчання дітей дошкільного віку справді є своєрідним, бо дитина навчається, а не вчиться: у неї немає діяльності «учіння». Результати навчання є побічними продуктами предметної, зображувальної та ігрової діяльності або інших специфічно дитячих видів діяльності.

За даними вітчизняних дослідників (М. Єфименко, М. Мога) діти з порушеннями опорно-рухового апарату являють собою неоднорідну та поліморфну категорію, як у клінічному, так і психолого-педагогічному аспектах. У залежності від природи порушень опорно-рухового апарату таких дітей умовно можна поділити на кілька груп:

- діти з порушеннями моторної сфери внаслідок захворювань нервової системи (зокрема, хворі на дитячі церебральні паралічі, поліомієліт);

- діти з вродженою патологією опорно-рухового апарату (зокрема, з вродженими вивихами стегна, кривошиєю, клишоногістю та іншими деформаціями стоп, аномаліями розвитку хребта (сколіоз), недорозвитком і дефектом кінцівок, аномаліями розвитку пальців кисті, артрогрипозом тощо);

- діти з набутими захворюваннями й травмами опорно-рухового апарату (зокрема, з травматичними пошкодженнями спинного мозку, головного мозку і кінцівок, поліартритом, захворюваннями скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт), системними захворюваннями скелету (хондродистрофія, рахіт);

- діти, які мають порушення опорно-рухового апарату спадкової етіології з прогресуючими м'язовими атрофіями (міопатія Дюшенна, невральна аміотрофія Шарко-Марі, аміотрофія Вердинга-Гоффмана тощо).

У педагогічній практиці прийнято також розрізняти категорії дітей

з порушеннями опорно-рухового апарату щодо їх психофізичних особливостей і можливостей оволодіння навчальним матеріалом, зокрема:

1) діти з порушеннями функцій опорно-рухового апарату різного етіопатагенезу, які пересуваються самостійно або за допомогою допоміжних ортопедичних засобів і, що мають психічний розвиток, близький до нормального;

2) діти, позбавлені можливості самостійного пересування і самообслуговування, із затримкою психічного розвитку та збереженим мовленням;

3) діти з церебральними паралічами (ДЦП), ускладненими затримкою психічного розвитку, важкими дизартричними та іншими мовленнєвими порушеннями;

4) діти з ДЦП, які мають розумову відсталість різного ступеню тяжкості;

5) діти з ДЦП, які мають порушення слуху і зору різного ступеню тяжкості.

За ступенем тяжкості порушень рухових функцій і за ступенем сформованості рухових навичок діти поділяються на три групи: з важкими руховими порушеннями; із середнім ступенем рухових порушень; з легкими руховими порушеннями.

Для розробки програми профілактичних заходів були проаналізовані та систематизовані фактори ризику формування порушень ОРА з урахуванням етапу формування патології:

I. Чинники, які є передумовою захворювання ОРА:

- слабкість структур хребта та стопи, як наслідок неадекватного харчування з дефіцитом структурних компонентів кісткового та хрящового синтезу;

- слабкість м'язового корсету хребта, зв'язково-суглобового апарату, як результат фізичної детренованості організму дитини;

- різна довжина ніг як результат перенесеної травми (формування статичного сколіозу);

- патологія суглобів та кісток кінцівок, як причина компенсаторних порушень постави.

II. Чинники, що додатково порушують метаболізм тканин хребта та м'язів:

- недосконала побудова процесу фізичного виховання та невідповідність фізичного навантаження дитини стану його ОРА;

- переважання в хронометражі дня перебування дітей в сидячій позі з розслабленням м'язів тулубу, порушенням гемодинаміки в

тканинах тулубу та попереку, стисканням судинно-нервового пучка, хрящових епіфізів хребта в сегментах L3-L5-S1;

- тривале порушення гемоциркуляції тканин тулубу фіксованою позою під час уроків та при виконанні домашніх завдань.

III. Формування конкретної травми структур хребта:

- пасивне стискання судинно-нервового пучка, хрящових епіфізів хребців до стану патологічної нервової іритації;

- травматичний зсув структур сегменту хребта у фронтальній та сагітальній площинах з виникненням патологічної нервової іритації;

- компресійні травми епіфізів, диска, губчастої речовини хребця (стискання по вертикалі);

- компресійні травми епіфізів, диска, губчастої речовини хребця (стискання по вертикалі);

- перерозподіл осевого навантаження та компенсаторне викривлення хребта через різну довжину ніг (статичний сколіоз).

IV. Розвиток конкретної клінічної форми деформації ОРА у конкретної дитини.

V. Фіксація неадекватного статусу структур хребта з розвитком стійких викривлень, торсій, атрофії м'язів, зміною форми грудної клітки і тазу. Формування в подальшому вертеброгенних захворювань.

Тому кожна дитина, що має рухові порушення, потребує ретельного вивчення її психічного розвитку та визначення відповідних навчально-виховних заходів у спеціально організованому середовищі. Це реалізується у використанні гнучких навчальних планів, різнорівневих програмах колективного та індивідуального навчання, варіативному характері навчання з пропедевтичним періодом.

У дитини зі складними порушеннями первинних дефектів декілька, кожен із яких має вторинні відхилення, ускладнюючи їх та викликаючи відхилення третього порядку. Отже, процес розвитку дітей зі складними 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.

Дослідження дітей зі складними порушеннями свідчить, що всі первинні порушення обтяжують один одного. 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.

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 зі складними порушеннями 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.

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

формується її психіка і особистість.

До однієї з найбільш складних категорій порушень розвитку, на нашу думку, відносяться діти з поєднанням порушень опорно-рухового апарату та мовлення, 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.

Серед діапазону порушення опорно-рухового апарату частіше зустрічаємо 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.

При поєднанні цих первинних порушень маємо 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. Дослідниками визначено наступні специфічні особливості психічного розвитку дітей з комплексними порушеннями опорно-рухового апарату та мовлення:

1. Особливості психічного розвитку 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.

2. Особливості психічного розвитку дитини з мовленнєвими порушеннями:

- порушення моторної координації, недостатність 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.

- пам'ять дітей характеризується малим об'ємом, слабкою точністю і нетривалістю до запам'ятовування словесного, наочного матеріалу, рухів і їх відтворення, переважання 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, несамостійні, 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.

Аналіз спеціальної літератури дозволив виділити такі особливості складної структури аномального розвитку при комплексних порушеннях опорно-рухового апарату та мовлення: уповільнений розвиток відчуттів і сприймань, обмеженість предметних уявлень, затримка розвитку загальної моторики, недорозвиток дрібної моторики рук, сповільнений розвиток різних форм діяльності, недорозвиток мовлення, затримка розвитку мислення, особливості ігрової діяльності, особливості характеру, особливості емоційно-вольової сфери.

Дослідження дітей з ДЦП [4, 7, 48 49, 58, 61, 64 та ін.] 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. 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 дефектом при цій формі порушення розвитку є недорозвиток вищих форм мисленнєвої діяльності – абстрактного мислення.

Велику роль у відчуттях і сприйманнях відіграють кінестетичні 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 зі складними порушеннями. У дитини спостерігається знижена цікавість до навколишнього середовища, знижується пізнавальна активність, неякісне впізнавання об'єкта, і, як результат, вибірковість сприймання.

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.

Дослідження фізичного стану дітей дошкільного віку з комплексними порушеннями вказують на серйозне відставання їх фізичного розвитку [21, 48, 49]. Основні причини порушення фізичного розвитку обумовлені зниженням фізичного навантаження, низьким рівнем пізнавальної діяльності, мотивації до руху, а також порушеннями мовлення.

Дослідники 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.

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. 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, дратівливість, боязкість, тобто розлади в емоційно-вольовій сфері. А все це, в свою чергу, викликає труднощі у оволодінні навичками самообслуговування, трудовими та навчальними навичками.

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 статокінетичних рефлексів заважають формуванню зорово-моторної координації, затримують та викривляють розвиток просторово-часового орієнтування.

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. 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 невідготуваними до навчання у школі. Діти можуть перебувати на рівні маніпулятивної, предметної чи ігрової діяльності в залежності від глибини порушення.

У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату 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, системний недорозвиток мовлення I рівня, 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.

В разі наявності порушень поведінки дитина, яка може говорити, щоб щось попросити, кричить, це є наслідки гіперопіки батьків. 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.

Контингент дітей з комплексними порушеннями розвитку за рівнем мисленнєвої діяльності неоднорідний: є близькі до норми, а інші

вирізняються низькою пізнавальною активністю, ЗПР. 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.

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 [36].

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 домінуванні 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.

Ще однією особливістю цих дітей є порушення цілеспрямованої діяльності, поведінки, емоційно-вольової сфери. Їм, як правило, притаманні непослідовність у викладі думок, невміння виділяти головне у змісті розповіді. Такі діти характеризуються нерівномірністю психічного розвитку за рахунок вираженості моторних 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, несамостійність, 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 невмотивована впертість. 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, комунікабельні.

Діти зі складними 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 мовлення, так і порушення опорно-рухового апарату. Тому вони копіюють емоційні реакції певних ситуацій з дорослими, але самостійно їх відтворити в зміненій ситуації не можуть.

Як бачимо, складні 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.

Загальна організація навчально-виховного процесу повинна ґрунтуватися на застосуванні компетентнісної парадигми, що передбачає особистісний підхід до дитини, заснований на стимулюванні її власної активності, формуванні цілісного дитячого світогляду, образу світу та усвідомленні власного місця в ньому. Реалізація основних заходів розвитку (фізичної, соціально-моральної, емоційно-ціннісної, пізнавальної, мовленнєвої, художньо-естетичної, креативної) доповнюється у відношенні цих дітей корекційно-розвивальною діяльністю, яка пронизує всі основні форми роботи з ними.

Комплексний характер корекційно-педагогічної роботи передбачає постійне врахування взаємовпливу рухових, мовленнєвих і психічних порушень у динаміці дитячого розвитку. Внаслідок цього необхідна спільна стимуляція розвитку усіх сторін психіки, мовлення і моторики, а також попередження і корекція їх порушень.

2.2. Здоров'язберігаючі технології в корекційному процесі сучасного закладу дошкільної освіти

Інклюзивна освіта визнає, що всі діти різні, а школи й освітня система повинні підлаштовуватися під індивідуальні потреби всіх учнів - із порушеннями розвитку і без них. Однак інклюзивність не означає асиміляції чи прагнення зробити всіх однаковими, її ключовий компонент - гнучкість, врахування особистісних характеристик, що

визначають темп навчання кожного. У більшості випадків дітям просто необхідне доступне викладання, що потребує використання різних методів, які відповідають індивідуальним вимогам, здібностям і особливостям розвитку.

У випадках, коли йдеться про дітей з особливими освітніми потребами поняття «якісна освіта» має включати ще й такий спеціальний напрям, як корекція ушкоджених наявним порушенням процесів розвитку та соціалізації. Якісна освіта має зберігати та примножувати здоров'я дитини. З цією метою в інклюзивних школах обов'язково має створюватися так званий «охоронний педагогічний режим» враховуючи типологічні та індивідуальні особливості дітей різних нозологій [30].

Вплив навчального навантаження і виховного режиму навчального закладу відбивається на стані здоров'я та нервово-психічної сфери усіх дітей. Дитина з особливостями психофізичного розвитку потребує організованого чіткого, послідовного, зручного і щадного режиму, здатного полегшити дитині навантаження, створити оптимальні умови для прояву її активності, інтересу до навчання, працездатності, створити атмосферу для бадьорого настрою, зберегти, відновити нервові сили дитини, заспокоїти її, сприяти загальному зміцненню організму.

Відомий український дефектолог Іван Гаврилович Єременко радить вчителям забезпечити у будь-якому навчально-виховному закладі спеціально організований *охоронно-педагогічний режим*, який передбачає усунення психогенних факторів (...надмірна голосна мова вчителя і учнів, різкі зміни в характері діяльності дітей...); запровадження певної корекційно-реабілітаційної системи роботи (...чергування праці і відпочинку, оптимальне навчальне навантаження...); організація спеціальної роботи, спрямованої на приведення в оптимальний стан нервової системи дітей, її підготовку до нервово-психічних напружень; забезпечення активізації мислення, створення в учнів позитивного і зацікавленого ставлення до уроку [33].

На думку фахівців [60, 63, 65, 67, 72, 79, 83 та ін.] специфіка педагогічного процесу в інклюзивному закладі освіти полягає у створенні та використанні спеціальних психолого-педагогічних умов, засобів корекції з урахуванням категорії порушень психофізичного розвитку дітей, яких включено у навчально-виховний процес, а саме:

1. Адаптація змісту навчального матеріалу відносно пізнавальних здібностей. Спрощення структури знань і практичних дій.

2. Наочність. Зловживання предметною наочністю спонукає до розвитку в учнів споглядання затримки розвитку мислення. Використання різноманітних видів наочності (натуральні предмети,

умовно - об'ємні посібники: схематичні, символічні) дозволяють вирішувати на заняттях різні дидактичні та корекційні завдання.

3. Уповільненість процесу навчання. Дітям більш повільно пояснюється навчальний матеріал, експонується більша кількість кадрів при демонстрації екранних зображень, вони довше розглядають картинки. Між питанням і відповіддю встановлювати більшу паузу, дітям відводити більше часу для виконання практичних завдань.

4. Повторювання в навчанні та вихованні. При поясненні нового матеріалу багаторазово повторювати одні й ті ж знання, перед вивченням нового - відновлювати раніше вивчене. В процесі відновлення вивченого уточнювати й корегувати неправильно засвоєні знання і прийоми дій, приводити в систему окремі факти і поняття, засвоєні учнями в різний період.

5. Оптимізація процесу відповідності темпу роботи та динаміки втомлюваності (переключення на різні види діяльності з метою запобігання втомлюваності; використання у процесі викладу матеріалу цікавих фактів, прикладів, деталей; емоційність викладу матеріалу; організація хвилин відпочинку; створення ситуацій успіху тощо).

6. Включення дітей у діяльність, спрямовану на подолання труднощів і перешкод. Треба поступово залучати дитину до діяльності, спрямованої на накопичення пізнавальних можливостей, до самостійної роботи при виконанні різноманітних навчальних завдань, отриманих завдяки скороченню допомоги з боку вихователя, переходу від максимально роздроблених дій до цілісних, від наочності до мовного узагальнення, набираючи швидкості виконання окремих видів учбової роботи – читання, письма, підрахунку, ручних операцій.

Така діяльність збільшить зону найближчого розвитку дітей, що відповідає принципу корекційної спрямованості навчання.

7. Індивідуальний і диференційований підхід. Корекційну роботу необхідно вести, долаючи не тільки загальний недорозвиток, а й розповсюджуючи її на всю особистість, адресуючи до окремих недоліків шляхом вибіркового використання корекційних засобів відповідно до природи подолання дефекту.

8. Праця як засіб корекції. Спеціальний підбір завдань, дозування і регламентація трудових зусиль, уточнення та розширення уявлень про навколишнє середовище, розвиток функцій, аналізаторів та рухових навичок. Гра як засіб корекції. Гра стимулює психічну та фізичну активність загальмованих дітей, врівноважує розгальмованих, долає замкнутість, виправляє недоліки мови, мислення, моторики: рухливі ігри корегують моторні порушення; дидактичні використовують для корекції розвитку пізнавальної діяльності; сюжетно-рольові -

спонукають коригуванню навичок узгодження особистих дій дитини з діями колективу, гальмують тих, котрі недоречно суперечать створеній ситуації.

9. Дотримання охоронного педагогічного режиму. Догляд за станом здоров'я дітей, санітарно-попереджувальні й поточні спостереження, дотримання психологічних вимог відносно умов життя, навчання та праці. Консультації лікарів, санітарно-освітня робота серед персоналу. Розробка та впровадження у навчально-виховний процес індивідуальних систем корекції.

Охоронний педагогічний режим - це діловий, спокійний і звичний для дитини розпорядок дня. Режим передбачає ретельне планування всіх заходів, які спрямовують діяльність учнів, визначають їх поведінку. В умовах охоронного режиму учень стає більш сприйнятливим і працездатним, у нього швидше і стійкіше виховуються і закріплюються необхідні життєві навички. Охоронний педагогічний режим зміцнює нервову систему дитини, він дає можливість пред'явити до нього підвищені вимоги, які в свою чергу, сприяють послабленню недоліків і просуванню вперед.

Охоронно-педагогічний режим (далі ОПР) має включати:

- зважений розпорядок дня і повноцінне харчування;
- раціональна організація праці та відпочинку дітей, розумового та фізичного навантаження;
- визначення й облік періодів працездатності дітей на заняттях (період початку праці, період високої продуктивності, період зниження продуктивності за ознаками стомлюваності);
- врахування вікових і фізіологічних особливостей дитини на заняттях (кількість видів діяльності, їх продуктивність);
- створення сприятливого клімату;
- адаптований систематичний режим рухової активності;
- відпочинок (прогулянки, денний і нічний сон, лікувально-оздоровчі процедури);
- корекційно-розвиваючу спрямованість заходів;
- психолого-медико-педагогічний супровід;
- ерготерапію;
- орієнтацію на профілактику небезпечної поведінки.

Виховання дошкільників із різними порушеннями психофізичного розвитку має такі особливості: повільність; простий виклад матеріалу; повторюваність; поглиблений індивідуальний і диференційований підходи; предметно-наочний і практичний характер; опора на розвиненіші здібності й подолання загальної недостатності та вад інтелектуальної сфери; спеціальна організація навчальної діяльності,

зокрема розвиток стимулів до навчання та пізнавальних інтересів, керівна роль вихователя, що виявляється в сукупності форм (педагог дає знання, організовує спостереження, інструктує, перевіряє, оцінює). Тільки завдяки кваліфікованій допомозі, спеціальній корекційній роботі послаблюються дефекти розвитку дітей [50].

Фізкультурні хвилинки і фізкультурні паузи - це форми фізкультурних заходів, які відрізняються тривалістю: на фізкультхвилинку відводиться 2-3 хвилини, а на фізкультпаузу може бути витрачено до 6-10 хвилин. Але головною їх відмінністю є те, що під час фізкультхвилинки вирішується більш локальна задача - за допомогою декількох гімнастичних вправ зняти напругу м'язів спини, посилити кровообіг і ліквідувати стомлення м'язів кисті і пальців. Фізкультурна пауза, крім досягнення цих цілей, забезпечує деяке зниження розумової втоми, поліпшення уваги і пам'яті в учнів [26].

Вельми втомливим для дітей дошкільного віку є тривале збереження робочої пози, витривалість до статичних навантажень у них ще невелика. Для підтримки оптимального функціонального стану дітей важливо, щоб щільність заняття (відсоток чистого часу на уроці, витраченого на навчальну роботу) становив не менше 60% і не більше 80%.

Працездатність - це здатність людини, що характеризується можливістю, тривалістю й інтенсивністю виконання тієї чи іншої роботи. Працездатність змінюється протягом дня. У різні дні тижня, в різні місяці вона неоднакова. Так у дітей найбільш висока працездатність спостерігається з 9 до 11 години ранку, тому в цей проміжок часу бажано проводити найбільш важливі заняття, тому що потім рівень працездатності падає. Найбільша працездатність відзначається у вівторок, а до кінця тижня вона згасає [24].

У процесі будь-якої роботи кожна людина в якийсь час починає відчувати втому і втрату бажання продовжувати роботу. Це одна з ознак стомлюваності, яка характеризується тимчасовим зниженням працездатності. Чим інтенсивніше виконується робота, тим швидше настає стомлення. Особливо швидко людина втомлюється в тих випадках, коли доводиться довго сидіти в нерухомій позі при одноманітній роботі. Відсутність радісних емоцій також призводить до стомлення.

Щоб попередити зниження працездатності, слід чергувати різні види діяльності. Так після 30 хвилин роботи рекомендується зробити перерву на 5-10 хвилин. Під час перерви треба порухатися, зробити кілька фізичних вправ. Необхідно також пам'ятати, що хороший настрій на роботу, пов'язаний з позитивними емоціями.

Провідною ідеєю сучасної корекційної педагогіки є орієнтація на ефективне використання збережених систем і функцій, здатних узяти на себе компенсаторно-корекційне навантаження, цілеспрямований розвиток психічних процесів, що обумовлюють рівень опанування знань, умінь і навичок та відповідну освіченість дитини, її інтеграцію в суспільство.

Корекційна робота охоплює всі напрями навчальної діяльності з дітьми, які мають вади, спрямована на розвиток різноманітних психічних процесів: сприйняття, пам'яті, мислення, мовлення, емоційно-вольової сфери тощо: на формування особистості загалом.

Велике значення в збереженні здоров'я має оформлення наочних посібників. Посібники повинні бути простими за змістом, але оформлені художньо. Слід уникати зайвої яскравості в забарвленні посібників, що може відволікати увагу дітей від змісту і втомлювати їх. Наочні посібники повинні відрізнятися чіткістю і простотою побудови, вони повинні бути зручні для огляду, ясні для розуміння і вільні від усього зайвого, що затуляє істотно важливе.

При виготовленні саморобних наочних посібників цифрові і текстові написи рекомендується робити чорною тушшю на білому папері, дотримуючись наступних розмірів цифр і букв: для молодших класів - 4 - 5 см, для старших - 2,5 - 3,5 см, а на початку навчального року для першого класу-приблизно 8 см. Відстань між буквами роблять зазвичай близько $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$ їх висоти, а товщину штрихів - в 1, 1,4 см. Правильне оформлення наочних посібників полегшує сприйняття і допомагає вчителю виховувати у дітей увагу та зорову пам'ять.

Починаючи працювати з дітьми, педагог має враховувати індивідуальну структуру дефекту (первинний дефект, вторинні дефекти, подальші ускладнення) та збережені можливості, тобто йому слід вивчити досвід дитини, її спрямованість, поведінку.

Метою корекційної роботи є виправлення, або послаблення недоліків психофізичного розвитку: виправлення особливостей недорозвинення пізнавальної діяльності й особливостей дитини; урахування навчального потенціалу; визначення мети кожного заняття не абстрактно, а з урахуванням потенціалу кожного учня; формування навчальних умінь і навичок, позитивного ставлення до навчання; урахування під час навчання рівня знань, умінь і навичок кожного; корекція мимовільної поведінки та уваги; формування прийомів розумової діяльності відбувається у певній системі (постійне ускладнення змісту навчання, поступове переведення практичних дій аналізу і синтезу та похідних від них операцій порівняння, узагальнення, конкретизації, класифікації тощо у сферу уявлень і понять); невід'ємною

частиною індивідуальної корекційної роботи є діагностика, що передбачає поширення й поглиблення знань педагогів про дітей; підвищення кількості та якості вимог до розумової діяльності (при цьому обов'язково враховувати диференційовані й індивідуальні можливості дітей); використання повноцінних зразків, на основі яких можливе здійснення розумових операцій; підтвердження та заохочення правильно оформлених результатів пізнавальної діяльності; зв'язок розумової діяльності із суспільним життям і практикою; формування мовленнєвих навичок здійснюється в поєднанні їх із практичними і розумовими здібностями [57].

Система корекційного впливу на дітей повинна бути розрахована на тривалий час і діяти на особистість загалом, в єдності таких її компонентів, як пізнавальні, емоційно-вольові психічні процеси, досвід (знання, вміння, навички), спрямованість, поведінка. Відповідно, вихователю необхідно узгоджувати педагогічні впливи з медичними і психологічними; дотримуватися послідовності й наступності в корекційно-виховній роботі, єдиного охоронно-педагогічного режиму в ДНЗ і у сім'ї.

Будь-яка форма інтегрованого виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку може бути ефективною лише за відповідних умов:

- раннє виявлення відхилень та початок корекційної роботи;
- адекватне діагностування та об'єктивний потенціал розвитку дитини;
- близький до вікової норми рівень психофізичного і мовного розвитку;
- психологічна готовність дитини та її батьків;
- надання кваліфікованої корекційно-реабілітаційної допомоги;
- готовність батьків надавати допомогу дитині у процесі її виховання;
- створення відповідного виховного середовища, побутових умов;
- забезпечення матеріально-технічної бази закладу освіти.

Отже, специфічність педагогічного підходу до дітей з особливими освітніми потребами залежить від освітнього середовища, використання спеціальних засобів корекції розвитку дитини та правильної організації занять.

Я. Коменський прагнув знайти такий загальний порядок навчання, при якому воно здійснювалося б за єдиними законами людини і природи. Тоді навчання не зажадало б нічого іншого, окрім майстерного

розподілу часу, предметів і методу. Про актуальність такого підходу до освіти - технологічного - можна судити по тій увазі, з якою методисти, педагоги звертаються до нових для них понять, - педагогічні технології, технології навчання, освітні технології (*an educational technology*).

Технологія – це системний метод створення, застосування знань з урахуванням технологічних та людських ресурсів та їхнього взаємовпливу, що має на меті оптимізувати форми освіти.

Серед загальної класифікації освітніх технологій виокремилася нова група – **здоров'язберігаючі технології**, які об'єднують в собі всі напрями діяльності освітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей. Кожний педагог повинен планувати та організовувати свою діяльність з урахуванням пріоритетів збереження та зміцнення здоров'я всіх суб'єктів педагогічного процесу, за умови постійної взаємодії з дітьми, батьками, медичними працівниками та психологами.

В Україні розв'язання формування здорового способу життя здебільшого покладається на державні установи, насамперед - загальноосвітні навчальні заклади. Проте сучасна школа не завжди спроможна ефективно здійснювати процес формування навичок здорового способу життя у молодіжному середовищі.

Визначити поняття «здоров'язберігаючі освітні технології» представляється коректним, виходячи з «родового» поняття «Освітні технології». Якщо останні відповідають на питання «як учити?» (В. Гузєєв, 2000), то логічною виявиться відповідь: так, щоб не завдавати шкоди здоров'ю суб'єктів освітнього процесу. Тоді й інші особливості технології від методики - відтворюваність, стійкість результатів, відсутність багато «якщо» (якщо талановитий вчитель, талановиті діти, багатий заклад освіти) відображають пріоритет принципу «Не нашкодь!». Технологія проектується виходячи з конкретних умов і орієнтуючись на заданий, а не передбачуваний результат. Тому проектування здоров'язберігаючого освітнього середовища ми розглядаємо як найважливіший елемент роботи по збереженню і зміцненню здоров'я дітей.

Термін «здоров'язберігаючі освітні технології» (далі - ЗОТ) можна розглядати і як якісну характеристику будь-якої освітньої технології, її «сертифікат безпеки для здоров'я», і як сукупність тих принципів, прийомів, методів педагогічної роботи, які, доповнюючи традиційні технології навчання і виховання, наділяють їх ознакою здоров'язбереження [17].

Існує немало можливостей конструктивної взаємодії педагогів і медиків в їх спільній роботі по збереженню і зміцненню здоров'я дітей.

Медичний підхід до здоров'язбереження, що реалізується в рамках профілактичного напрямку, від педагогічного для психологотипу відрізняється не лише методами і професійною підготовкою фахівців, але і тим, що звільняє людину від відповідальності за своє здоров'я, передаючи цю відповідальність лікареві, медицині.

Протилежний підхід полягає в мобілізації відчуття відповідальності людини за своє здоров'я, вихованні постійної потреби піклуватися про нього (а значить – і про здоров'я інших людей). Формування в учнів відповідальності за своє здоров'я – виховний процес, який слід розглядати як одне з найважливіших завдань установ освіти [27].

Але перед людиною, яка усвідомила відповідальність за власне здоров'я, відчула потребу піклуватися про нього, встає питання про те, як це грамотно робити. Адже займатися зміцненням здоров'я непридатними засобами - «собі дорожче». Відносно здоров'я повною мірою справедлива істина: «Краще не робити ніяк, ніж робити неправильно!» Але як правильно?

І тут естафета технологій здоров'язбереження передається від виховних програм – навчальним (health education). Навчити дитину, молоду людину загальним принципам, сучасним системам і методам охорони і зміцнення здоров'я – завдання освітніх установ. А вже за консультаціями з приватних питань, за коректуванням оздоровчої програми з врахуванням індивідуальних особливостей, з метою відновлення здоров'я людини, що похитнулося, може звернутися до медика (фізіолога, психолога), фахівця з питань здоров'я.

Таким чином, сучасний рівень цивілізації і культури висуває в число найважливіших для людини пріоритетів завдання самому навчитися не хворіти, бути здоровим. Для системи освіти це завдання трансформується в імператив використовувати для досягнення цієї мети ті технології, якими якраз і володіє педагог, психолог.

Постановка завдання здоров'язбереження в освітньому процесі може розглядатися в двох варіантах – завдання-мінімум і завдання-оптимум. Завдання-мінімум відповідає фундаментальному принципу медицини і педагогіки: «Не нашкодь!». Реалізація її робочої програми включає виявлення і каталогізацію чинників, що надають або потенційно здатних надати шкідливу (патогенну) дію на організм дитини – його фізичне, психічне (психологічне), репродуктивне, моральне здоров'я і усунення самих цих чинників, або пом'якшення їх дії на дітей і педагогів. Відповідно, самі патогенні (або умовно патогенні) чинники, пов'язані з установою освіти, освітнім процесом, можуть бути розділені на три групи: що стосуються гігієнічних умов

освітнього процесу (гігієнічні), обумовлені організацією навчання (організаційно-педагогічні) і пов'язані безпосередньо з роботою вчителів, адміністрації, співробітників освітньої установи (педагогічні для психологотипу чинники).

Таким чином, рішення завдання-мінімум з використанням здоров'язберігаючих освітніх технологій полягає в забезпеченні таких умов навчання, виховання, розвитку, які не надають негативної дії на здоров'я всіх суб'єктів освітнього процесу.

Як ми вже говорили, на практиці виділяється 3 джерела загроз для здоров'я дітей і педагогів:

- 1) гігієнічні чинники;
- 2) організаційно-педагогічні чинники;
- 3) педагогічні для психологотипу чинники.

ЗОТ в першу чергу стосується третьої групи чинників, що висуває на перший план завдання формування відповідної компетенції у всіх працівників освітніх установ.

Але розгляд здоров'язберігаючих технологій лише як характеристики роботи педагога було б методологічною помилкою. Дуже тісний взаємозв'язок всіх вищезгаданих чинників, особливо відносно ефекту, що досягається. Крім того, до трьох загальноприйнятих чинників загрози для здоров'я учнів, ми схильні віднести і неграмотність в питаннях здоров'я: не менше половини проблем із здоров'ям ми створюємо собі самі. А це також освітня проблема. Таким чином, ЗОТ можна розглядати як альтернативу загрозам здоров'ю, пов'язаних з освітнім процесом.

Критерієм здоров'язберігаючих якостей освітніх технологій при вирішенні з їх допомогою завдань захисту від патогенних чинників буде наявність або відсутність погіршення здоров'я дітей і педагогів, що знаходиться в очевидному зв'язку з дією таких чинників. Це узгоджується з практикою роботи системи охорони (звертатися до лікарів треба лише коли захворієш) здоров'я, що склалася у нас, але вступає в протиріччя з принципами профілактичної медицини і концепцією здоров'я, прийнятої Всесвітньою організацією охорони здоров'я, згідно якої здоров'я – не лише відсутність хвороби, але і стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя [30].

Якщо обмежувати роботу освітнього закладу у сфері охорони здоров'я лише завданням-мінімум – захистом учня від шкідливих дій – те лише невелика частина освітнього потенціалу виявиться задіяною на користь здоров'я дітей. Такий підхід, на наш погляд, не відповідає стратегічним принципам здоров'язбереження і не наводить до досягнення цілей системи освіти. Адже виходить, що доки дитина в

закладі освіти, про неї піклуються, за порогом цього закладу освітня установа знімає з себе всяку відповідальність за здоров'я, життя і майбутнє свого вихованця.

Зусилля в цій сфері не можуть обмежуватися лише фільтрацією дій, безпосередньо пов'язаних з освітнім процесом, роллю щита від них. В освіті досить ресурсів для допомоги своїм вихованцям в збереженні здоров'я. Це і навчально-виховні програми, і позакласна робота, і дія через батьків. Сприяння процесам формування адаптаційних ресурсів дитини, можливостей протистояти патогенній дії довкілля – як природної, так і соціальної – найважливіше стратегічне завдання, що вирішується доступними освітнім установам засобами – навчанням, вихованням, сприянням розвитку.

Відповідно до цього і розуміння ЗОТ представляється більшості науковців як завдання-оптимум, що включає рішення завдання-мінімум, а також формування у дітей фізичного, психічного, духовно-етичного здоров'я, виховання у них культури здоров'я, дієвій мотивації на ведення здорового способу життя. Тоді правильнішим представляється визначення здоров'язберігаючих освітніх технологій як сукупності всіх використовуваних в освітньому процесі прийомів, методів, технологій, що не лише оберігають здоров'я дітей і педагогів від несприятливої дії чинників освітнього середовища, але і сприяючих вихованню у дітей культури здоров'я.

«Родова» ознака ЗОТ, як і всіх освітніх технологій, визначається навчально-виховним процесом, виконуючим роль методологічної основи, до якої адресуються всі конкретні технології, прийоми і методи. Тому і зіставлення умов організації освітнього процесу (усунення шкідливих дій, досягнення максимальної працездатності без збитку для здоров'я), у зв'язку з питаннями здоров'я, вельми умовно [30].

Останнє принципово важливе, бо завдання освітньої установи полягає не лише в тому, аби зберегти здоров'я дітей, але і в тому, аби підготувати їх до подальшого успішного і щасливого життя, не досяжного без достатнього рівня здоров'я. Завдання здоров'язберігаючої педагогіки – забезпечити дитині високий рівень реального здоров'я, сформувати культуру здоров'я, тоді вона буде дійсно підготовленою до щасливого самостійного життя, з умінням піклуватися про своє здоров'я і дбайливо відноситися до здоров'я інших людей.

Вирішення цієї проблеми є одним із пріоритетних завдань нового етапу реформування освіти в Україні. виправити ситуацію можна комплексом заходів, серед яких належне місце посідають заходи

збереження та зміцнення здоров'я дітей, формування мотивації на ведення здорового способу життя в навчально-виховному процесі.

Деякі вчені пропонують виокремити поняття «**здоров'яформуючі виховні технології**» розуміючи під ним психолого-педагогічні технології, програми, методи спрямовані на виховання у дітей культури здоров'я, мотивації на ведення здорового способу життя і відношення до свого здоров'я, як найвищої цінності.

Інші науковці під **здоров'язберігаючими технологіями** розуміють:

- сприятливі умови навчання та виховання дитини (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання);

- оптимальну організацію навчально-виховного процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм);

- повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Аналіз усіх існуючих здоров'язберігаючих технологій дає можливість виокремити такі типи.

Здоров'язберігаючі – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу, відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини.

До конкретних методів належать:

- диспансеризація учнів;

- профілактичні щеплення;

- забезпечення рухової активності;

- вітамінізація, організація здорового харчування (включаючи дієтичне);

- дотримання санітарно-гігієнічного режиму закладу;

- профілактика простудних та вірусних захворювань.

Оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я дітей, підвищення потенціалу здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія.

Технології навчання здоров'ю – гігієнічне навчання, вироблення життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами статевого виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти.

Виховання культури здоров'я – виховання у дітей особистісних якостей, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, посилення мотивації на ведення здорового способу життя, підвищення відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

Отже, здоров'язберігаючі технології реалізуються через такі напрями освітньо-виховної діяльності:

1) створення умов для зміцнення здоров'я дітей та їхнього гармонійного розвитку;

2) організацію навчально–виховного процесу з урахуванням його психологічного та фізіологічного впливу на організм дитини;

3) розробку і реалізацію навчальних програм з формування культури здоров'я і профілактики шкідливих звичок;

4) корекцію порушень соматичного здоров'я з використанням комплексу оздоровчих і медичних заходів;

5) медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку дитини;

6) функціонування служби психологічної допомоги щодо подолання стресів, тривожності; гуманного підходу до кожної дитини, формування доброзичливих і справедливих відносин у колективі;

7) контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм організації навчально-виховного процесу; нормування навчального навантаження і профілактики стомлюваності дітей;

8) організацію збалансованого харчування.

Ефективність оздоровлення можлива за умови створення цілісної системи, що інтегрує оздоровчі освітні технології, досягнення сучасної медицини, залучення громадських організацій сфери формування здорового способу та профілактики девіантної поведінки молоді. Але особливе місце та відповідальність в оздоровчому процесі відводиться освітній системі, яка повинна зробити навчально-виховний процес здоров'язберігаючим.

Оновлений зміст дошкільної освіти дітей зі СПР побудовано на принципах особистісно орієнтованої взаємодії дорослих і дітей, яка має забезпечувати:

- зміцнення фізичного і психічного здоров'я дітей, їх корекційний розвиток;

- емоційне благополуччя кожної дитини;

- пізнавальний розвиток дитини;

- створення умов для розвитку особистості;

- формування уявлень про загальнолюдські цінності;

- взаємодію з сім'єю з метою оптимізації виховного процесу.

Невід'ємною складовою системи допомоги дітям зі СПР є створення спеціальних умов (корекційно-реабілітаційного середовища) у дошкільних освітніх закладах, де здійснюється їх навчання, виховання, психолого-педагогічна корекція відхилень у розвитку, підготовка до шкільного життя і лікування. Основна мета корекційного навчання і виховання дітей зі СПР у дошкільному закладі – всебічний розвиток дитини у відповідності з її можливостями і максимальна адаптація до навколишньої дійсності з метою подальшого шкільного навчання.

Багаторічна практика роботи вітчизняних і закордонних фахівців із дітьми зі СПР показує, що найбільш діючим методом реабілітації та соціалізації даного контингенту є реабілітація засобами фізичної культури і спорту. Систематичні заняття не тільки підвищують адаптацію дитини до життєвих умов, розширюють її функціональні можливості, допомагають оздоровленню організму, але й сприяють виробленню координації в діяльності опорно-рухового апарату, серцево-судинної, дихальної, травної і видільної систем, сприятливо впливають на психіку дитини з обмеженнями, мобілізують їхню волю, допомагають у освоєнні навчального матеріалу при підготовці до навчання в школі, повертають дітям почуття соціальної повноцінності.

Важливо, щоб дитина зі СПР (у міру фізіологічного відхилення) зростала спритною, швидкою, уміла переборювати перешкоди. У процесі колективних фізкультурних занять у таких дітей формуються й зміцнюються основні життєво важливі рухові вміння й навички, розвивається воля, сміливість, почуття товарищескості, взаємодопомоги. На таких заняттях особливо ефективною є методика локального застосування уніфікованих фізичних навантажень, яка дозволяє також прискорити процес відновлення фонду життєво важливих рухових умінь і навичок, необхідних у сфері побутової діяльності інвалідів.

Необхідною умовою реалізації цих завдань є комплексний підхід до діагностики, розвитку і корекції порушених функцій, який забезпечується тісним взаємозв'язком психолого–педагогічних і медичних заходів. Запорукою ефективною корекційно–педагогічної роботи є тісна взаємодія з батьками й усім оточенням дитини. У тих випадках, коли, з певних причин, дитина не може відвідувати освітній заклад, батьки виступають найважливішими учасниками педагогічної роботи.

При визначенні змісту програми враховані основні напрямки корекційно–педагогічної роботи з такими дітьми у різні вікові періоди.

Зокрема, у ранньому віці (2 і 3 роки життя) пріоритетного значення набувають: формування предметної та предметно-ігрової діяльності (використання предметів за їх функціональним призначенням);

здатності довільно включатись у діяльність; формування наочно-дійового мислення; довільної, стійкої уваги; формування мовленнєвого і предметно-практичного спілкування з оточуючими (розвиток розуміння зверненого мовлення, активізація власної мовленнєвої активності; формування усіх форм немовленнєвої комунікації – міміки, жести та інтонації); розвиток знань і уявлень про довкілля (з узагальнюючою функцією слова); стимуляція сенсорної активності (зорового, слухового, кінестетичного сприймання); тренування вестибулярного апарату та пропріоцептивної сфери; розвиток здатності до сенсорної інтеграції; формування функціональних можливостей кистей і пальців рук; розвиток зорово-моторної координації; розвиток навичок охайності та самообслуговування.

У молодшому (4 і 5 років) та старшому (6 і 7 років) дошкільному віці продовжується робота над розвитком ігрової діяльності; мовленнєвого спілкування з оточуючими (з однолітками і дорослими); розширенням запасу знань і уявлень про довкілля; розвитком сенсорних функцій; формуванням просторових і часових уявлень, корекцією їх порушень; розвитком кінестетичного сприймання і стереогнозу; розвитком уваги, пам'яті, мислення (наочно-образного і елементів абстрактно-логічного); формуванням математичних уявлень; розвитком ручної умілості та підготовкою руки до оволодіння письмом; вихованням навичок самообслуговування і гігієни; підготовкою до шкільного життя.

Важливим психолого-педагогічним корекційно-розвивальним завданням у ранньому, а також молодшому та старшому дошкільному віці виступає розвиток довільних рухів, дрібної моторики рук. Формування дрібної моторики видається надзвичайно важливим у світлі оволодіння дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату навичками самообслуговування, предметної, ігрової, трудової, навчальної діяльності. У процесі формування дрібної моторики розвивається просторове сприймання, довільна увага, пам'ять, мислення, уява, мовлення, тобто активізується вся психічна діяльність дитини. Таким чином, вузькоспеціальне завдання з розвитку дрібної моторики трансформується у магістральне та одне з головних завдань дошкільного періоду.

Структура програми зумовлена специфікою психофізичного розвитку дітей цієї категорії, яка полягає у великому діапазоні рухових порушень та різних поєднаннях психічних і мовленнєвих вад. Запропоновані підходи до розвитку маніпулятивної функції, формування навичок самообслуговування, графічних навичок успішно

можуть використовуватись у педагогічній роботі з дітьми, які мають порушення рухової сфери.

Специфічні особливості дітей зі СПР потребують необхідності врахування у роботі не тільки того, що дитина може зробити, зрозуміти, засвоїти за обставин максимального напруження, але й того, яких фізичних і нервово-психічних зусиль це від неї потребує. Адже перевантаження, перевтома дітей створюють додаткову небезпеку для їх здоров'я і подальшого розвитку. Враховуючи зазначене, вся робота з дошкільниками повинна бути побудована таким чином, щоб дитина не сприймала себе хворою або особливою, а відчувала себе рівноправним членом суспільства. Необхідно також створювати умови для того, щоб вона невимушено тренувалась, а сам процес тренування і його результат приносили задоволення.

Програма орієнтує на роботу у змішаних групах, або суміжновікових (з віковою різницею дітей в 1 рік), де реалізується гнучкий зміст програми. Різні рівні засвоєння матеріалу потребують великої індивідуальної роботи. При цьому діти зі складними руховими порушеннями мають можливість наблизитися до рівня здорових дітей, що сприяє їх соціальній інтеграції. У здорових дітей за таких обставин формуються гуманні особистісні якості, необхідні в житті. За одними розділами роботи доцільно визначати зміст Програми у відповідності до року навчання, а в інших – до етапу навчання, що є більш широким поняттям, оскільки не відомо, як довго дитина затримається на кожному з визначених етапів. У зв'язку з цим розподіл матеріалу за віковими групами має рекомендаційний характер. Показники розвитку дітей за роками навчання з певних розділів Програми також є орієнтовними.

Аналіз засвоєння Програми дітьми обговорюється на медико–педагогічних нарадах, а результати такого обговорення є підставою для мобільного коректування її змісту.

Зміст програми корекційного фізичного виховання дітей дошкільного віку передбачає розв'язання оздоровчих (зміцнення здоров'я дитини зі СПР, поліпшення її фізичного розвитку, удосконалювання рухових здібностей, збільшення ступеня пристосовності й опірності організму до факторів зовнішнього середовища, формування стійкого бажання й усвідомленого ставлення до виконання фізичних вправ); корекційних (нормалізація рухової активності полягає у відновленні м'язової сили; попередженні розвитку скривлення статури й плоскостопості, атрофії м'язів, профілактиці й лікуванні спастичності м'язів, контрактур і деформацій кістково-суглобного апарату; виробленні здатності самостійно пересуватися і навичок побутового самообслуговування; нормалізації порушеного

обміну речовин і подиху); освітніх та виховних завдань. При плануванні змісту занять з дітьми дошкільного віку зі СПР слід враховувати такі методичні положення:

1) фізичні вправи повинні відповідати анатомо-фізіологічним можливостям дитини;

2) необхідно поступово збільшувати фізичні навантаження, ускладнюючи рухи та їх дозування;

3) слід виконувати вправи з різних вихідних положень (стоячи, сидячи, лежачи);

4) навантажувати всі великі м'язові групи (плечовий пояс, живіт, спину, руки, ноги);

5) застосовувати оптимальні засоби організації малюків під час виконання фізичних вправ, не допускати тривалих статичних положень та чекання черги для виконання вправи;

6) забезпечувати позитивні емоції в дітей під час виконання рухів та ігор;

7) мова вихователя під час занять повинна бути виразною та емоційною, щоб привернути увагу малят та зацікавити їх вправами (вихователь одночасно розвиває в дітей розуміння мови, називає спортивні снаряди, напрям рухів, темп їх виконання та ін.).

Необхідним напрямком програми корекційного фізичного виховання дітей зі СПР є розвиток та удосконалення основних рухів дитини (ходьби та бігу, стрибків, вправи у киданні, ловінні та метанні, вправи у повзанні та лазінні), а також поліпшення у неї орієнтації у просторі та відчуття рівноваги (рухи рук, ніг, тулуба, голови). Необхідно навчити дитину аналізувати свої рухові дії, порівнювати їх зі зразком.

Другим напрямком програми корекційного фізичного виховання дитини зі СПР є загально розвиваючі вправи (вправи для рук і плечового пояса, вправи для ніг, для тулуба, танцювальні вправи). Ці вправи рекомендують виконувати з різними предметами (прапорці, кубики, обручі, м'ячі та ін.) та з різних вихідних положень (стоячи, сидячи, лежачи). Такий підхід до загальнорозвиваючих вправ сприяє чіткішому й цілеспрямованому виконанню фізичних вправ, підвищує фізичне навантаження та викликає в них більший інтерес до гімнастичних вправ.

Наступним напрямком програми корекційного фізичного виховання дитини зі СПР є рухливі ігри та ігрові вправи. Сюди відносяться: ігри з ходьбою, бігом, рівновагою; ігри з киданням та ловінням предметів; ігри зі стрибками; ігри на орієнтування у просторі; ігри-естафети.

Крім корекційних занять, деякі фізичні вправи пропонують

дітям для виконання щодня у вигляді ігрових завдань. Для цього в груповій кімнаті обладнують фізкультурний куточок, на майданчику встановлюють відповідні прилади (колода, гірка, дуги та ін.) так, щоб діти мали можливість займатися на них.

При проведенні всіх видів занять з розвитку й корекції рухових навичок у дітей зі СПР уникати: перевтоми; тривалої затримки подиху при виконанні всіх видів вправ; потрібно вчити дитину дихати носом, природно й без затримки; якщо дитина при виконанні вправ починає дихати через рот, треба знизити дозування вправ; вправ із тривалим збереженням статичних поз; надмірного збудження; вправ, що вимагають тривалого нахилу голови вниз.

При виконанні фізичних вправ дуже важливо постійно стежити за самопочуттям дитини, за стомлюваністю, увагою, працездатністю.

2.3. Структура та зміст корекційної роботи з дітьми дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку

Визначальними умовами організації корекційної роботи в умовах дошкільних закладів освіти є:

1. Створення психолого-педагогічних передумов організації поєданого навчально-виховного та корекційно-розвивального процесу, що забезпечує розвиток індивідуальних здібностей дітей із СПР.

2. Створення психолого-медико-педагогічної служби, визначення порушень розвитку у дітей, супровід дітей даної категорії.

3. Розробка та впровадження індивідуальних навчальних і корекційно-розвивальних програм, зокрема, корекційно-розвивальної складової таких програм.

4. Впровадження у навчально-виховний процес системи індивідуально-диференційованого підходу до виховання дітей зі СПР, який базується на особистісно орієнтованій моделі освіти та здоров'язбережувальних технологіях.

5. Психолого-педагогічний супровід дітей зі СПР шляхом залучення фахівців, спеціалістів ІРЦ, батьків.

6. Організація «Батьківського лекторію», що підтримує й підвищує рівень освіти батьків у сфері психолого-педагогічних знань шляхом проведення занять, лекцій, семінарів.

Зазначені складові та визначені особливості впровадження сумісного перебування в інклюзивному освітньому закладі надали можливість окреслити три основоположні блоки організаційно-педагогічних умов інклюзивного навчання та виховання: організаційний блок, корекційно-розвивальний і дидактичний.

Організаційний блок передбачає: створення психолого-медико-педагогічної служби; відповідну організацію навчально-виховного та реабілітаційного середовища, залучення батьків до навчально-виховного процесу на основі партнерства та взаємодії.

Корекційно-розвивальний блок передбачає, що в процес організації системи заходів втручання основним є включення охоронно-педагогічного режиму, спеціальне психолого-педагогічне вивчення й консультивання дітей зі СПР, динамічне спостереження фахівцями психолого-медико-педагогічного консилиуму за розвитком кожної дитини.

Дидактичний блок враховує, що основною метою освітнього закладу, в якому впроваджується інклюзивне навчання та виховання, є надання індивідуально-орієнтованої педагогічної, психологічної та соціальної допомоги дітям, які мають особливі освітні потреби. Відповідно, першочерговим завданням є підвищення кваліфікації педагогічних кадрів, які б впроваджували систему індивідуально-диференційованого підходу на основі особистісно орієнтованої моделі освіти, яка передбачає організацію навчально-виховної діяльності з використанням індивідуальних навчальних планів та ІПР.

Ефективність корекційно-реабілітаційної роботи залежить від розв'язання наступних загальнопедагогічних і спеціальних завдань:

- розробка та впровадження у навчально-виховний процес спеціального навчального плану, що враховує вимоги Державного стандарту й особливості психофізичного розвитку дітей;

- розробку цілей, змісту, методів і організаційних форм інклюзивного навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку в освітньому закладі з використанням здоров'язбережувальних технологій;

- розробку змісту й форм психолого-педагогічного супроводу дітей із СПР та членів їхніх сімей;

- забезпечення підвищення рівня професійної компетенції фахівців освітнього закладу;

- розробку змісту й форм перепідготовки фахівців для роботи в інклюзивних закладах освіти;

- розв'язання проблем сім'ї, що виховує дитину з порушеннями психофізичного розвитку на основі системи багатofакторних взаємодій середовища;

- розв'язання проблеми соціально-культурного інтегрування дітей з порушеннями розвитку в умовах соціуму.

У процесі роботи з впровадження здоров'язбережувальних технологій у процес інклюзивного навчання та виховання дітей зі СПР в умовах закладів освіти необхідно враховувати:

- проведення діагностичних заходів щодо виявлення дітей з СПР в дошкільному закладі;

- проведення профілактичної роботи з батьками з подолання проблем у розвитку дітей;

- створення інклюзивного корекційно-реабілітаційного середовища;

- розробку навчального плану, що враховує специфіку навчання та виховання дітей зі СПР;

- впровадження системи корекційно-розвивальних занять відповідно до індивідуально-типологічних особливостей розвитку дітей;

- впровадження у навчально-виховний процес корекційно-розвивальних і здоров'язбережувальних технологій;

- організація служби психолого-педагогічної діагностики та супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку;

- організація системи підвищення кваліфікації педагогів з метою їх фахової підготовки до роботи в інклюзивному навчально-виховному середовищі.

Після обстеження дитини ортопедом (ортопедагогом) фахівцями надаються рекомендації з ортопедичного режиму. Подальша робота здійснюється разом з педагогами-реабілітологами, вихователями. За допомогою різноманітних засобів фізичного виховання в дітей дошкільного віку зі СПР формується та основа природних видів рухових дій, що потім допомагає вільно управляти руховими актами, що входять до навчальних і трудових операцій.

Для виховання почуття рівноваги й координації рухів дитину навмисно намагаються вивести з положення рівноваги за допомогою різних м'ячів. М'яч кидають на різну висоту й у різних напрямках так, щоб вона ловила його праворуч, ліворуч, на рівні грудей, або відставивши ногу убік.

Ходьбі навчають поступово. Спочатку, коли дитина ходить із опорою на підручні засоби, стежать за положенням тулуба. При цьому дитина не повинна нахилитися вперед, убік, підтаскувати ноги.

Основними напрямками роботи з корекції рухових порушень є формування навичок самообслуговування, розвиток практичної діяльності й підготовка руки до листа. При цьому важливо пам'ятати, що оволодіння руховими навичками відбувається поетапно й вимагає багато часу.

У практичній навчальній діяльності велике значення в підтримці високої працездатності, засвоюваності матеріалу, профілактиці порушень постави й плоскостопості має проведення на кожному занятті фізкультхвилинки і протягом кожного навчального дня (1-2 рази) лікувальної гімнастики.

Використання фізкультхвилинки у цікавій формі відзначає підвищення позитивного емоційного настрою, інтересу, активності дітей при виконанні запропонованих вправ. Для дітей зі СПР 6-7 – річного віку на кожному занятті варто проводити дві фізкультхвилини (приблизно на 10-ій і 30-ій хвилині), тривалістю 1-2 хвилини. Вихідне положення – сидячи або стоячи біля столу. Комплекс включає 4-6 вправ, повторюваність 4-6 разів. 2-3 вправи повинні цілеспрямовано формувати поставу.

Для зняття статичної напруги, викликані тривалою підтримкою робочої пози за столом, виконуються динамічні фізичні вправи: потягування, розведення плечей, піднімання голови, повороти головою, нахили й напівнахили. Динамічні вправи – це й добре відомі зарядки у віршах.

У структурі захворювань ОРА плоскостопість становить від 25 до 35%. При цьому захворюванні зменшується висота склепіння стопи з порушенням повороту і відведення. Зовні стопа подовжена, в середній частині розширена; хода стає незграбною, а тривале стояння і стрибки болісними. Лікувальні заходи визначаються індивідуально лікарем-ортопедом залежно від причини і клінічної картини. При організації профілактичної і лікувальної гімнастики необхідно враховувати, що іннервація стопи здійснюється крижовим сплетінням нервових корінців L4, L5, S1. У віці до 10-12 років тіла поперекових хребців за рахунок хрящових епіфізів легко травмуються, порушуючи іннервацію стопи, що є причиною значної кількості клінічних випадків плоскостопості.

Рекомендована профілактична гімнастика передбачає осьове розвантаження хребта в другій половині дня і перед сном, ротаційне коригування структур хребта попереку, зміцнення корсетних м'язів попереку і на цьому тлі зміцнення м'язів і зв'язок безпосередньо стопи. Необхідно коригування дієти з забезпеченням «будівельного матеріалу» кісток і хряща. У зимовий час фахівець може порекомендувати додатковий прийом комплексних препаратів кальцію.

Запропонована гімнастика, якщо реабілітолог не рекомендував індивідуальний курс, виконується курсами до 3-х місяців з перервами до 1,5-2-х місяців. Під час перерв рекомендується підтримувати тонус м'язів і зв'язок стопи ходінням ввечері 5-10 хвилин по масажному килимку з виступами (шипамі), контрастними ваннами стоп,

самомасажем стоп.

На кожному занятті при виконанні динамічних фізичних вправ необхідно виконувати вправи для очей, які знімають статичну напругу й попереджують захворювання очей, наприклад «жмурки» (зжмурити міцно очі на 3-5 секунд, відкрити, подивитися один на одного здивовано 3-5 секунд; знову зжмурити – подивитися з радістю).

Протягом дня на структури хребта дитини діють навантаження з різними напрямками сили, що може викликати їх пошкодження. Це осьове (компресійне) навантаження, що перевищує можливості амортизаційних структур хребта; навантаження в сагітальній та фронтальній площинах, наприклад, під час тривалої неправильної робочої пози, значних нахилів хребта, коли може відбуватись зсув пульпозного ядра міжхребцевого диску і самого диска. Якщо наслідки «малих травм» не усунути наприкінці дня, то в зоні травми порушується гемодинаміка та трофіка тканин з утратою їх еластичності та тонусу. В результаті травма з часом поступово посилюється, порушуючи роботу хребетного рухового сегменту.

Корекційні заняття з фізичної культури повинні вирішувати декілька важливих **завдань**:

- Забезпечення загального фізичного розвитку, удосконалення фізичних якостей дитини, розвиток координації та рівноваги, підвищення резервів здоров'я;
- Профілактика порушень опорно-рухового апарату (зміцнення корсетних м'язів і зв'язково-суглобового апарату хребта та стопи);
- Навчання дітей навичкам гігієни хребта;
- Осьове розвантаження хребта та стабілізація структур ХРС у дітей, відновлення гемодинаміки в заключній частині заняття;

Запропонована корекційна гімнастика має 3 частини:

1. **Розминка.** Мета: посилення кровообігу в тканинах м'язового корсету хребта (розігрів). Передбачаються динамічні вправи без ізометричних затримок, вправи на розтягування хребта по вертикальній осі для зняття наслідків осьових перевантажень; ротаційні рухи для самовиправлення структур сегменту хребта через дію зв'язкового апарату хребта при закручуванні яких тканини ХРС наближаються до осі хребта.

2. **Основна частина.** Мета: тренування корсетних м'язів хребта, зміцнення структур ХРС. Передбачається виконання вправ з 3-4 секундною ізометричною затримкою напруги в крайньому положенні руху.

3. **Заключна частина** (релаксаційна). Мета: відновлення гемодинаміки, тонусу м'язів, які зазнали напруги протягом дня та при

виконанні вправ.

Відповідно до принципу структурування освіти нами розроблений, апробований і впроваджений навчальний план, що охоплює як інваріантну частину, побудовану за Державним освітнім стандартом, так і варіативну частину. Навчальний план враховує загальні та специфічні особливості розвитку дітей зі складними порушеннями розвитку, базові складові освіти, на яких будуються всі програми, сукупність освітніх галузей, що відповідають тим знанням, які необхідні дитині з порушеннями в розвитку для повноцінної соціалізації; взаємодію представників педагогічного колективу й учасників педагогічного процесу.

Варіативна частина навчального плану складається з годин, відведених на обов'язкові (за вибором), індивідуальні та групові заняття. Використання варіативної частини навчального плану дає змогу складати індивідуальні плани.

Корекційні завдання для навчання різних категорій дітей з порушеннями в розвитку є принципово різними, однак диференційований підхід до процесу навчання та виховання уможливорює інтегрування загальної та спеціальної програм. Окремий наголос робиться на формуванні у дітей уміння навчатися в інклюзивному корекційно-реабілітаційному середовищі. З цією метою розробляються, апробуються та вводяться у процес навчання та виховання творчі, зокрема конкурсні заняття, рольові тренінги, групові дискусії.

Оскільки групи дітей мають неоднорідний склад, навчально-виховний процес у багатьох випадках має будуватися на основі внутрішньої диференціації. Це передбачає використання групових форм організації роботи, можливість для дітей із порушеннями в розвитку працювати за індивідуальним планом.

Корекційно-розвивальні заняття плануються відповідно до особливостей розвитку дітей:

- індивідуальні та фронтальні логопедичні заняття з подолання порушень усного й писемного мовлення;

- заняття з адаптивної фізичної культури за призначеннями фахівця;

- корекційні заняття з розвитку мовлення й ознайомлення з соціальними умовами життєдіяльності;

- заняття з формування навичок соціалізації;

- логоритмічні уроки й заняття з музичної ритміки з орієнтацією змісту на особливості та потреби дітей з порушеннями розвитку;

- психокорекційні заняття із психологом.

Корекційний блок розподіляється відповідно до порушень, виявлених у дітей, і реалізується в години гурткової роботи, індивідуальних консультацій, факультативів і групи подовженого дня. Корекційні програми мають гнучку систему планування й змінюються відповідно до побажань батьків і рекомендацій реабілітологів і спеціалістів ІРЦ.

В освітньому закладі повинні бути обладнані спеціальні кабінети для корекційних занять – логопедичний кабінет, кабінет психолога, для проведення занять з адаптивної фізичної культури.

Заняття в групі подовженого дня для дітей з різними порушеннями в розвитку проводить спеціально підготовлений педагог. Група подовженого дня організується за показниками реабілітолога з урахуванням типологічних особливостей.

Таким чином, всі діти, які потребують психолого-педагогічної підтримки, мають змогу одержувати її систематично, у рамках освітньої програми в умовах одного закладу освіти. Створений нами розклад занять дає змогу поєднувати дітей однієї категорії у групи корекційної роботи та направляти одночасно кілька груп до різних фахівців.

Психолого-медико-педагогічний консіліум закладу освіти, взаємодіючи з ІРЦ, патрує прийом і розподіл дітей по групах; супроводжує дітей з порушеннями в розвитку протягом усього терміну, складає індивідуальний навчальний маршрут дитини, проводить контрольні обстеження. У зміст роботи ПМПК входить консультування та супровід сім'ї дитини з порушеннями в розвитку.

Суттєвою характеристикою навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного закладу освіти є індивідуально-групова корекційно-розвивальна робота, яка підпорядкована загальній і корекційно-розвивальній цілям і передбачає: корекцію мовленнєвих порушень; корекцію пізнавальних процесів; формування уявлень про навколишній світ і поєднання їх зі словом; розвиток просторових уявлень; корекцію зорово-моторних і оптико-просторових порушень; розвиток загальної та дрібної моторики.

Заняття із соціалізації, інкультурації та інтегрування дітей з порушеннями в розвитку в соціальне середовище передбачали: практичну підготовку дітей до самостійного життя; формування знань і вмінь, необхідних у побуті; підвищення рівня загального розвитку; успішну соціалізацію.

Особливе місце посідає науково-методичне забезпечення інклюзивного навчання та виховання, що передбачає створення науково-методичної служби, яка здійснює соціально-психологічну підтримку, індивідуальну поетапну дозовану допомогу, психолого-

педагогічну освіту батьків, підвищення професійної підготовки педагогічного колективу, удосконалення системи підвищення кваліфікації й перепідготовки педагогічних кадрів.

Вищевикладені напрями та результати проведення системної роботи з впровадження інклюзивного навчання та виховання в умовах закладів освіти дасть змогу скоординувати зусилля всіх учасників цієї складної, багаторівневої й багатоступінчастої соціально-освітньої системи, якісно змінити процес взаємодії дітей з порушеннями психофізичного розвитку із освітнім закладом та громадою.

Параметрами успішності роботи виступали: підготовленість педагогів до діяльності в умовах інклюзії, ступінь участі батьків у навчально-виховному процесі; задоволеність учасників процесу результатами педагогічної діяльності освітнього закладу. Крім того, аналізувалися: поведінка дітей на заняттях, систематичність виконання завдань; розвиток співробітництва з ІРЦ і системи внутрішньої діагностичної служби, що дає змогу забезпечувати професійну комплектацію закладів освіти і розробку програм супроводу; навчальний план, що поєднує предмети як інваріантної, так і варіативної складових плану та враховує специфіку навчання та виховання дітей з порушеннями розвитку.

РОЗДІЛ ІІІ.

Організація психолого-медико-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями розвитку

3.1. Тестування стану психофізичного розвитку та рухових можливостей у дітей дошкільного віку

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

При діагностуванні дітей зі складними порушеннями психофізичного розвитку ми спиралися на такі принципи:

- 1) принцип комплексності дослідження;
- 2) принцип всебічного дослідження;
- 3) принцип цілісного та системного дослідження;
- 4) принцип врахування онтогенетичного розвитку дитини.

Попередні дослідження, науковців і практиків продемонстрували, що комплексна діагностика дітей зі складними порушеннями розвитку повинно включати медичне, логопедичне, психологічне та педагогічне обстеження.

Діагностування дітей зі складними порушеннями розвитку – це необхідна умова розробки засобів корекційного впливу відповідно до індивідуальних потреб дітей даної категорії та створення належних умов для їх навчання та виховання. Водночас, такі дослідження вимагають від дослідників достатнього рівня теоретичної та практичної підготовки, розуміння деяких особливостей у проведенні діагностики даного контингенту дітей: неможливість використання стандартизованих тестових методик, труднощі розробки тестового матеріалу та критеріїв оцінювання для дітей даної категорії; необхідним є виключення стресових ситуацій, негативних коментарів, створення ситуації успіху, які сприяють появі позитивних емоцій; труднощі переключення дитини з одного виду діяльності на інший; краще обстеження проводити в ранковий час; тестові завдання від простих до складних; 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, все це необхідно передбачити.

Потрібно відзначити, що для дітей зі СПР 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 вмій.

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 зі СПР 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 зі СПР 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 вмій можна відштовхуватися від шкал розвитку, наприклад, KID та RCDI [36], основним принципом яких є використання опитувальників. Вони складаються за результатами аналізу різних типових форм поведінки дітей.

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

Під «руховим порушенням» розуміється недорозвинення, або викривлений розвиток таких компонентів рухової діяльності дитини як спосіб основного руху (вміння та навички), комплекс рухових якостей (сила, гнучкість, спритність, швидкість та витривалість), а також анатомо-фізіологічні особливості організму (стан м'язового тону, стан суглобів, архітектоніки кісток, деформації постави тулуба та кінцівок), які зумовлюють зниження кінцевого результату конкретного виду цієї

діяльності (наприклад, стояння, ходіння, лазіння, ручних маніпуляцій з предметами тощо). Визначення ступеня рухових порушень здійснює інструктор з фізичної культури та заповнює робочу таблицю.

Визначення на основі педагогічних спостережень або спеціальних завдань (тестів) порушеного виду рухової діяльності (наприклад, стояння, ходіння або бігу) потребує подальшої роботи з лікарем-невропатологом щодо з'ясування причини цих негараздів. Як підтверджують наукові дослідження, а також багаторічний досвід практичної роботи, більшість рухових порушень має нейрогенний характер, що призводить до парезів або паралічів м'язів тулуба та кінцівок. В наслідок цього знижується результативність виконання основних рухів у дітей, що негативно позначається на одному з трьох компонентів рухової активності (фізичного розвитку дитини, рухових якостей, техніки рухів). Отримані відомості щодо характеру основних рухів або найбільш проблемного основного режиму вносяться в універсальну контрольну картку рухового розвитку дитини.

Перші два параметри (схема руху та рухові якості) визначаються за допомогою педагогічних методик (спостережень та ігрових тестів), а особливості фізичного розвитку (стан анатоμο-фізіологічних особливостей організму) – на основі медичних технік: антропометрії, спірографії, плантографії, гоніометрії, електрокардіографії, міотонометрії, рентгенографії, магнітно-резонансної томографії тощо.

На основі результатів обстеження конкретного основного руху заповнюється універсальна картка за даним видом руху, на підставі якої розробляється програма корекції цього основного руху. Набір диференційних програм корекції за всіма основними рухами складає основу інтегральної корекційної програми рухового розвитку для конкретної дитини або групи дітей, які мають подібні рухові порушення.

З метою діагностики рухових порушень використовуються загальноприйняті у практиці фізичного виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату рухові тести, методики педагогічного спостереження за технікою основних рухів, а також «Методика ігрового тестування рухового розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату» М. Єфименка.

В залежності від прояву та поєднань порушень виокремлюються різні ступені рухових розладів. Тяжка ступінь ураження характеризується тим, що дитина самостійно пересувається із значними труднощами, лише частково оволодіває навичками самообслуговування. Для середнього ступеня характерним є здатність самостійно пересуватися тільки на невеликій відстані, володіють навичками самозабезпечення, які разом з тим, недостатньо

автоматизовані й координовані при диференціюванні параметрів рухів. Легка ступінь ураження характеризується здатністю дитини самостійно пересуватися на великі відстані, сформованістю на достатньому рівні навичок самообслуговування, але значна кількість рухових дій виконується неефективно з точки зору біомеханіки, що пов'язано з психомоторними і морфофункціональними структурними дефектами нервово – м'язового апарату.

Нами було визначено чинники, що вказують на 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 зі СПР;
- необхідність підбору діагностичних завдань для оцінки актуального розвитку дитини;
- необхідність підбору різнорівневих завдань для дітей зі СПР 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 зі СПР, є аналіз відеозаписів занять з дитиною вдома, режимних моментів, прогулянок. 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 зі СПР 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 зі СПР 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 зі СПР.

Спираючись на описані вище особливості була розроблена комплексна діагностична психолого-педагогічна методика для визначення функціонального стану розвитку дітей.

Комплексна діагностична методика містить у собі модифіковані методики Н. Аскаріної, К. Печори, Л. Бадаляна, П. Жиянової, М. Кольцової, Н. Машиної, Л. Сековец, О. Лурія, Є. Стребелевої, Т. Ахутіної, Л. Бендера, Н. Бернштейна та розроблені нами адаптовані ігрові завдання для дітей зі СПР.

В якості методів обстеження використовувалися: спостереження, бесіда з батьками, вчителями, анкетування батьків, вивчення медичної документації, спостереження за дитиною, власні експериментальні 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 тону 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 спастику 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 спастику.

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 слабо, 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», «Відкриває коробку», «Тримай фломастер», «Одягни рукавицю», «Відкрити кришку»,

«Закрути кришку», «Зліпи кульку», «Одягни велику намистинку на проволочку».

Метою спостереження є оцінка м'язового тону, 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, відкрити чи закрити 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 тону, 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 проволочку.

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 самотійно не кладе кульки до коробки, 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 самотійно. 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 самотійного 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 самотійно, 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 різє.

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 різє 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 квасоллю 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: тест «поза Наполеона», тест «Коробочки», тест «Поплескай в долоньки».

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 «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.

Провівши обстеження дітей зі СПР, ми виявили спільні риси розвитку моторної сфери дітей (Додаток 5).

У більшості дітей стан розвитку хапальних рухів перебуває на низькому рівні. Діти мало рухають руками, предмети не захоплюють через надмірну спастичність або гіпотонію м'язів. Працюють тільки за допомогою дорослого. 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. 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, а м'ячик схопити не можуть.

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, дві руки роблять повільне хапання предмета, але не піднімають його, спостерігаються слабкі м'язові зусилля.

У дітей зі СПР 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. 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.

У них працює збережена рука, а слабша рука залишається пасивною. Багато дітей роблять зайві рухи, які перешкоджають подальшим контрольованим діям. Це пояснюється тим, що у багатьох дітей рухи збереженої руки є близькими до фізіологічно природних. Діти працюють всією збереженою рукою, практично вільно її розгинають, згинають, піднімають та опускають. А рухи ураженою рукою менш природні, слабко 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. 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.

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

Стан розвитку кисті рук у більшості дітей відповідає середньому рівню. Більшість дітей даного рівня мають спастичну форму опорно-рухового порушення. Діти збереженою рукою намагаються виконати завдання, а слабша рука залишається пасивною. Статичну рівновагу діти утримують короткочасно тільки збереженою рукою. Стан розвитку кисті рук відповідає високому рівню тільки у деяких дітей зі СПР.

Стан розвитку диференційованих рухів пальців у більшості дітей відповідає нульовому рівню через те, що рухи пальців різко обмежені, обидві руки зведені до долоні, протиставлення великого пальця не має, а розведення і зведення пальців недостатнє, діти не можуть самостійно стиснути та розвести кулачки або звести кулачки через гіпотонію м'язів. Завдання з наслідувальних рухів для цих дітей є дуже складним. 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.

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

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

Стан розвитку наслідувальних рухів рук у більшості дітей відповідає низькому рівню. Дітям зі СПР дуже важко даються вправи на наслідування. Це пояснюється тяжким порушенням опорно-рухового апарату, а також викривленим візуальним сприйманням. У жодної дитини не було виявлено високого рівня стану розвитку наслідувальних рухів.

Стан розвитку ритмічності рухів рук переважно відповідає низькому рівню. У дітей зі СПР 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. Стан розвитку ритмічності рухів високого рівня у дітей зі СПР опорно-рухового апарату та мовлення не спостерігаємо.

Стан розвитку предметно-практичних дій у більшості дітей відповідає низькому рівню. Це пояснюється тим, що діти мають тяжкі рухові порушення, порушення мовлення, 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, вони мають гіперчутливість, яка обмежує обстеження навколишньої дійсності, а в подальшому збіднює досвід дитини у маніпулятивних діях з предметами. Високий рівень стану розвитку предметно-практичних дій у дітей зі СПР не виявлено.

Визначення провідної руки є складним етапом у діагностиці дітей зі СПР. У дітей зі СПР більш збережена рука стає провідною.

Результати діагностики стану моторики та дрібної моторики демонструють необхідність корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають СПР. 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.

Нами також було зроблено акцент на розгляді психосоціального статусу дітей дошкільного віку зі СПР, особливості формування особистості (чуттєве сприйняття навколишнього світу, самостійність у побуті, постійний контакт з природою та тваринами). Представлені й соціально-психологічні та педагогічні труднощі, з якими стикається дитина зі СПР (утруднення абстрактного мислення, слабкий розвиток ігрової діяльності, низький читацький досвід, обмеженість комунікацій тощо). У соціально-психологічному портреті дитини зі СПР стали переважати такі характеристики як соціальна дезадаптація, соціальне неблагополуччя, малозабезпеченість, безпритульність, соціальне нездоров'я, соціальне сирітство тощо.

Комплексна оцінка стану здоров'я дітей дошкільного віку зі СПР може бути проведена за допомогою критеріїв, запропонованих НДІ гігієни дітей і підлітків:

1. Наявність або відсутність на момент обстеження хронічних захворювань. Визначається при лікарському огляді за участю фахівців.

2. Рівень функціонального стану основних систем організму. Виявляється клінічними методами з використанням функціональних проб.

3. Рівень досягнутого фізичного і нервово-психічного розвитку і ступінь його гармонійності. Для дітей і підлітків цей критерій має особливо велике значення, тому що організм їх знаходиться в процесі безперервного зростання і розвитку. Рівень і ступінь гармонійності фізичного розвитку визначається антропометричними дослідженнями з використанням регіональних стандартів фізичного розвитку.

Досягнутий рівень фізичного розвитку визначається шляхом порівняння з середніми показниками біологічного розвитку для даного віку, а ступінь гармонійності - з використанням оціночних таблиць (шкал регресії). Рівень досягнутого психічного розвитку зазвичай встановлюється дитячим психоневрологом, які беруть участь у огляді. Соціальне благополуччя дітей залежить також від здатності їх організму пристосовуватися до мінливих умов життя і зберігати певну стійкість до впливу несприятливих факторів і патогенних мікроорганізмів [16].

4. Ступінь опірності організму до несприятливих впливів - виявляється по схильності захворювань. Про неї судять по кількості і тривалості перенесених захворювань (у тому числі і загострень хронічних хвороб) за попередній рік [13].

Ці критерії отримали загальне визнання і широко використовуються в практичній роботі лікувально-профілактичних установ. Педіатр при диспансеризації дітей і підлітків, насамперед, звертає увагу на наявність хронічних захворювань. Ефективність

лікарських оглядів значно зростає при використанні так званих скринінгових програм:

1. Визначення гостроти зору за допомогою таблиць Головіна - Сивцева.

2. Діагностика порушень опорного склепіння стопи за даними плантографії.

3. Виявлення при анкетуванні і опитуванні суб'єктивних ознак психоневрологічних захворювань, порушень з боку шлунково-кишкового тракту та сечовивідних шляхів, наявності алергічних реакцій та ін.

4. Фізичний та нервово-психічний розвиток.

Огляд фізичного розвитку (згідно з наказом МОЗ № 387) проводиться:

новонародженим; дітям 1-го року життя щомісяця; дітям раннього дошкільного віку щорічно; перед вступом до школи; учням «декретованих» класів школи (3-го, 6 - го, 8-го класів); перед вступом на навчання, роботу, перед призовом на військову службу і т.п. після закінчення школи.

У практичній медицині для оцінки індивідуального здоров'я зазвичай використовують поняття норми. Норма є біологічний оптимум живої системи. Цей інтервал має рухливі межі, в рамках яких зберігається оптимальна зв'язок із середовищем, а також узгодженість всіх функцій організму.

Для оцінки індивідуального здоров'я існує велика кількість інструментальних і лабораторних методів. Для оцінки серцево-судинної системи застосовуються аналіз ЕКГ, УЗД, проби з фізичним навантаженням. Система дихання оцінюється за допомогою різних комплексів дихальної та газоаналітичної апаратури (спірограф). Обмін речовин в організмі оцінюється складними біохімічними методами, радіоізотопної діагностикою. Система крові оцінюється приладами для аналізу складу крові. Імунологічні дослідження - найбільш трудомісткі - базуються на складних біохімічних, мікробіологічних і спеціальних аналізах складу і газів крові. Для оцінки слуху та зору використовуються аудіографія і Snellen-карти. Як інструмент для оцінки психічного і соціального здоров'я використовуються різні анкети-опитувальники.

Об'єктивні показники здоров'я людини виражаються в таких критеріях, які проявляються незалежно від волі людини, можуть бути визначені іншою людиною і порівняні з попереднім станом і з нормативними характеристиками. До об'єктивних показників відносять зріст, маса тіла, окружності тіла і його частин, динамометрія кисті та станова, частота і ритмічність пульсу та дихання, температура тіла,

забарвлення шкіри, характер потовиділення, стійкість уваги, координація рухів і т. д.

Довжина тіла (зріст) - важливий показник фізичного розвитку людини. Вимірювання довжини тіла має велике значення для обчислення показників, що характеризують правильність, пропорційність статури.

Маса тіла - може змінюватися протягом дня, тому бажано визначати її в один і той же час. При аналізі показника має значення його відповідність «ідеальній ваги». Існує кілька способів розрахунку «ідеальній ваги». Найпоширеніший і близький до істинного визначається шляхом вирахування з показників довжини тіла (в см) умовних величин: при зростанні менше 165 см віднімається цифра 100; при зрості 165 - 175 см віднімається цифра 105; при зростанні понад 175 см віднімається цифра 110. Перевищення ідеальної ваги на 10% говорить про надмірну масу тіла, що є фактором ризику для розвитку багатьох захворювань. Якщо вага на 10% і більше нижче ідеального, говорять про знижене харчування [36].

Функціональні показники діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Здійснюється вимірювання параметрів і характеристик діяльності двох основних функціональних систем організму в стані відносного спокою, і після виконання будь-якої навантаження.

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.

Таким чином, розділення дітей із складними порушеннями за вираженістю кожного з наявних дефектів дозволяє визначити їх основні труднощі і побудувати програму їх навчання й виховання. При цьому необхідно постійно стежити за зміною стану порушених функцій і бути готовим не лише до їх майбутнього поліпшення, але й до погіршення або появи нових проявів інших порушень.

3.2. Технологія розробки індивідуальних корекційних програм

Психофізичний розвиток і соціалізація об'єктивно можуть відбуватися стихійно, спонтанно, внаслідок власного саморуху, і в таких випадках результати цих процесів далеко не завжди відповідають суспільно значущим сподіванням. Саме для того, щоб спрямувати процеси онтогенезу та соціалізації на досягнення позитивних результатів існує цілеспрямована педагогічна діяльність виховання, за

допомогою якої одні люди, суб'єкти педагогічного процесу, можуть свідомо, кваліфіковано управляти становленням і розвитком особистості інших людей (об'єктів цього процесу), починаючи з ранніх етапів абілітації, і з урахуванням вікових особливостей та зміною соціальних функцій людини, а отже і суспільних вимог до неї, забезпечувати здійснення прямих або опосередкованих виховних впливів, при потребі протягом усього життя.

З розвитком свідомості людини, її здатності до самопізнання, самоуправління та самовдосконалення вона має все більше і більше з об'єкта зовнішніх виховних впливів перетворюватися на суб'єкт виховної діяльності, спрямованої на саму себе. Ця діяльність в таких випадках набуває характеру самовиховання, залишаючись при цьому управлінням власним розвитком і власною соціалізацією.

Коли ж процеси розвитку та соціалізації у своїй взаємодії суттєво ушкоджені, і звичайного виховання, орієнтованого на нормальний перебіг цих процесів, виявляється недостатнім, щоб забезпечити якісне управління абілітацією виховання має набути характеру корекційного (від лат. - *correction* - поліпшення, виправлення). Корекційне виховання зменшує недоліки розвитку та соціалізації, попереджає виникнення небажаних новоутворень в особистості, створює спеціальні умови для формування її позитивних рис та якостей, розвиток та соціалізація якої відбувається на порушеній, специфічній основі. Саме корекційне виховання, за словами академіка В. Синьова (2010р.), цілеспрямовано і послідовно поліпшує розвиток і соціалізацію особистості у єдиному процесі її абілітації.

До традиційних ознак індивідуалізації корекційних програм можна віднести наступне:

1. Особливості соматичного розвитку (загальний стан ЦНС, хвороби серцево-судинної, дихальної, системи виділення, органів травлення, особливості імунітету, наявність алергії тощо).

2. Особливості рухового розвитку дитини (за кожним видом рухової діяльності виявляється: характер порушення; ступінь його тяжкості; основна причина; локалізація ураження ЦНС).

3. Особливості психічного розвитку (тип нервової системи, характер психіки).

4. Ступінь інтелектуального розвитку (норма, затримка психічного розвитку, розумова відсталість).

5. Стан сенсорної сфери (форма і ступінь порушення зору і слуху).

6. Особливості мовлення (норма або вид мовленнєвого порушення).

7. Інші супутні синдроми.

8. Вік дитини.

9. Статеві особливості.

Під час складання корекційної програми для дитини або групи дітей з однаковими руховими порушеннями необхідно чітко відпрацювати наступні аспекти:

1. Актуальну мету корекційного процесу, а також необхідні для її вирішення завдання.

2. Спрямованість корекційного процесу (з акцентом на розширення діапазону рухів або підвищення ефективності вже засвоєних; можливо поєднання цих двох напрямків).

3. Тривалість програми, її перспектива (на квартал, півріччя, рік, декілька років):

4. Динаміка корекційних заходів (вибір загального рухового режиму, форм занять, їх обсяг та інтенсивність).

5. Послідовність корекційних заходів (в якій послідовності мають відбуватися корекційні та оздоровчі програми з фізичного виховання, ЛФК, фізіотерапії, бальнеотерапії, ортопедії, масажу, медикаментозні тощо).

6. Етапність проведення корекції рухового розвитку дитини (які рухові дії опановувати першочергово, а які пізніше; в якій послідовності треба здійснювати корекцію якісних складових рухової дії тощо).

7. В залежності від ступеню рухових порушень, їх стійкості, термінів початку корекції, її тривалості та ефективності, методичне наповнення комплексної корекційної програми поступово трансформується і проходить наступні етапи:

I – оздоровчий етап: найбільш ефективний у ранньому і молодшому дошкільному віці. Головна спрямованість даного етапу – повне відновлення морфо-функціонального статусу дитини, а також виконання мінімальної біологічної програми рухового розвитку дитини. Цей етап має переважну лікувально-оздоровчу спрямованість, а його завдання вирішуються засобами лікувальної фізичної культури (ЛФК), фізіотерапії, масажу, гідрокінезотерапії, бальнеотерапії, мануальної терапії.

II – корекційно-розвивальний етап починається переважно з молодшого дошкільного віку і продовжується приблизно до середнього шкільного віку. На цьому етапі поступово зростає роль педагогічних можливостей корекційного фізичного виховання дітей зі СПР та вирішуються такі завдання:

- розвиток у дитини комплексу рухових якостей (сила, гнучкість, точність, координація, рівновага, швидкість та витривалість);

- формування вміннь та навичок виконання основних рухів (лежання, повзання, сидіння, стояння, ходьба, лазіння, біг, стрибки) та рухових дій (побутових, навчальних, соціальних).

III – адаптивний етап: пристосування (адаптація) дитини до власних рухових обмежень з метою удосконалення індивідуальних прийомів, навичок у різних видах рухової діяльності (одяганні-роздяганні, пересуванні, гігієнічних процедурах, навчальних та трудових діях, соціальних проявах тощо). Основна форма занять на цьому етапі – корекційна фізична культура та ерготерапія. Протягом етапу підтримується той рівень рухового розвитку дитини, якого було досягнуто на попередніх етапах.

8. Розробка інтегральної корекційної програми рухового розвитку дитини – загальний попередній план-схема, в якому треба стисло відобразити, що саме дитина має опанувати, які етапи для цього треба пройти та в якій послідовності, їх тривалість, інтенсивність корекційних заходів (форм занять).

9. Індивідуалізовані методичні рекомендації щодо практичної реалізації окремих положень інтегральної корекційної програми для однієї дитини або типологічної підгрупи дітей.

Об'єктом оцінювання навчальних досягнень дітей дошкільного віку зі СПР є знання, вміння та навички, уявлення про природу та суспільство відповідно до вимог освітніх програм; рівень загальних інтелектуальних умінь, досвід самостійної діяльності та емоційно-ціннісні риси особистості, важливі для життєдіяльності в суспільстві.

Основними функціями дітей зі СПР є:

– контролююча, яка передбачає визначення рівня досягнень окремої дитини, виявлення рівня готовності до засвоєння нового матеріалу, що дає педагогу змогу певним чином планувати й викладати матеріал, своєчасно надавати необхідну індивідуальну допомогу, попереджати можливі утруднення;

– навчально-корекційна, яка зумовлює спеціальну організацію оцінювання досягнень дітей, спрямовану на підготовку до опанування нового матеріалу, його засвоєння, відтворення, застосування, уточнення й поглиблення знань, їх систематизацію, удосконалення навичок і вмінь;

– діагностико-коригуюча, що передбачає з'ясування причин труднощів, які виникають у дитини, виявлення прогалин у знаннях і вміннях, внесення коректив у сумісну діяльність дитини і педагога, спрямованих на усунення цих прогалин;

– стимулюючо-мотиваційна, що визначає спеціальну організацію оцінювання досягнень дітей, стимулювання бажання поліпшити свої результати, розвиток активності, формування позитивних

мотивів;

– розвивально-виховна, що полягає у формуванні вміння самостійно й зосереджено працювати, використовуючи збережені аналізатори; застосовувати прийоми контролю та самоконтролю, що сприяє розвитку працелюбності, наполегливості, активності, взаємодопомоги та інших якостей особистості.

При визначенні досягнень дітей аналізуються такі аспекти:

– зв'язність, повнота, логічність, правильність відповідей дитини на питання;

– осмисленість, глибина, гнучкість, дієвість, системність, узагальненість, міцність знань;

– ступінь сформованості організаційних, пізнавальних, комунікативних, оцінних та предметних умінь і навичок;

– рівень загальних інтелектуальних умінь: аналізувати, синтезувати, порівнювати, абстрагувати; класифікувати, узагальнювати, робити висновки, встановлювати причинно-наслідкові та цільові зв'язки тощо;

– досвід самостійної діяльності: виконання різних видів діяльності самостійно, або за допомогою дорослого, застосування знань і вмінь у різних ситуаціях;

– самостійність оцінних суджень тощо.

Загальні критерії оцінювання навчальних досягнень учнів розроблено у двох варіантах. Варіант 1 – спеціальна освіта, що забезпечує дітям формування базового обсягу знань, який відповідає державному рівню обов'язкових вимог за умови надання корекційної допомоги і підтримки. Здійснення цих завдань досягається реалізацією базового та корекційного компонентів плану та програм ЗДО. Варіант 2 – спеціальна освіта, що забезпечує дітям адекватну пізнавальним можливостям загальноосвітню підготовку, корекційну допомогу та підтримку, професійно-трудове навчання.

Педагогічний колектив ЗДО повинен спрямовувати свої зусилля на реалізацію наступних завдань:

- забезпечення права дітей зі СПР на здобуття освіти з урахуванням особливостей їх психофізичного розвитку;

- забезпечення в освітньому процесі системного психолого-педагогічного супроводження з урахуванням стану здоров'я, особливостей психофізичного розвитку вихованців;

- розвиток природних здібностей і обдарувань, творчого та критичного мислення вихованців, здійснення їх допрофесійної та професійної підготовки та соціалізації;

- сприяння засвоєнню вихованцями норм етики та

загальнолюдської моралі, міжособистісного спілкування, основ гігієни та здорового способу життя, початкових трудових умінь і навичок;

- сприяння всебічному розвитку вихованців;

- сприяння набуттю ключових компетентностей вихованцями, запровадження педагогіки партнерства, надання консультацій батькам або іншим законним представникам вихованця з метою забезпечення їх активної участі в освітньому процесі;

- забезпечення в процесі навчання й виховання системного кваліфікованого психолого-медико-педагогічного супроводу з урахуванням стану здоров'я, особливостей психофізичного розвитку вихованців;

- виховання шанобливого ставлення та поваги до народних традицій і звичаїв, державної й рідної мови, національних цінностей українського народу та інших народів і націй;

- виховання в дітей поваги до Конституції України, державних символів України, прав і свобод людини й громадянина, почуття власної гідності, відповідальності перед законом за свої дії, свідомого ставлення до обов'язків людини та громадянина.

Важливим фактором ефективності корекційно-реабілітаційного процесу в умовах ЗДО є вдосконалення структури та розширення напрямків роботи освітнього закладу, що включає:

- надання якісних освітніх послуг відповідно до індивідуальних особливостей та можливостей кожної дитини (особистісний підхід);

- комплексний супровід дітей (педагогічна, соціально-педагогічна і соціально-психологічна підтримка в процесі навчання і виховання; збереження і зміцнення здоров'я дітей, створення спеціальних умов для здобуття якісної освіти;

- формування сучасної матеріально-технічної бази: створення комфортних умов перебування у закладі для всіх учасників освітнього процесу;

- інноваційний підхід до організації навчально-виховного процесу, зокрема, функціонування підрозділів, які забезпечать фахову роботу з дітьми, батьками та педагогами, що включають корекційно-реабілітаційні послуги та соціально-психологічний супровід (логопед, психолог, гурткова робота тощо), надання допомоги педагогам закладів, які забезпечують впровадження інклюзивної освіти, навчання та виховання дітей за індивідуальною формою;

- забезпечення права дітей із складними вадами розвитку на здобуття відповідного рівня дошкільної та загальної середньої освіти відповідно до їх можливостей, здібностей з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку;

- забезпечення ранньої соціалізації та підготовки таких дітей до здобуття відповідного рівня дошкільної та загальної середньої освіти шляхом спеціально організованого навчально-виховного процесу в комплексі з психолого-педагогічною, медичною, фізичною, соціальною реабілітацією;

- сприяння фізичному і психічному розвитку дітей;

- забезпечення у процесі навчання й виховання системного кваліфікованого психолого-медико-педагогічного супроводу з врахуванням стану здоров'я, особливостей психофізичного розвитку учнів (вихованців);

- надання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини;

- надання психолого-педагогічної допомоги батькам.

3.3. Організація та управління корекційно-реабілітаційним процесом в умовах закладу дошкільної освіти.

Основне завдання управління полягає у функції контролю з боку лікаря, корекційного педагога, психолога, інструктора з фізичного виховання та інших фахівців за загальним станом дитини і динамікою корекційних змін. Головним показником адекватно організованого корекційного процесу є позитивні зміни у психофізичному стані дитини.

Після здійснення контролю за тим чи іншим блоком корекційного фізичного виховання дітей зі СПР, вносяться відповідні зміни (в діагностиці, розробці індивідуальної програми, у виборі засобів, методів тощо). Виконання зазначених функцій складає умовну секцію контролю та коригування.

Інша секція блоку управління називається секцією стиковки та координації. Вона відповідає за ефективність взаємодії рухової реабілітації дітей з іншими лікувальними та педагогічними напрямками їх розвитку: терапевтичному, психологічному, мовленевому, інтелектуальному, естетичному тощо. Всі задіяні у лікувальних та корекційних заходах фахівці повинні координувати свою різнобічну діяльність, спрямовуючи її на досягнення найбільш значущих загальних корекційних результатів.

Оскільки такі результати у кожному конкретному випадку залежать від індивідуальних досягнень дитини, визначення орієнтовних показників розвитку за даним розділом програми є недоцільним.

Для оптимального позитивного ефекту режиму рухової активності, фізичного виховання та удосконалення рухових дій дітей зі СПР, їхнього всебічного та гармонійного розвитку, зміцнення здоров'я, підтримання оптимального рівня фізичної та розумової працездатності

обов'язковим положенням є правильно побудований та організований режим дня такої дитини. Основу цього загального виховного моменту складає раціональне та оптимальне чергування різних видів діяльності й відпочинку дитини (заняття, прогулянки, їда, сон, фізичні вправи і т. д.).

Вихователям, що працюють із дітьми дошкільного віку зі СПР, пропонуються різні форми виховної, соціальної та корекційної роботи в режимі дня: ранкова та гігієнічна гімнастика, проведення загартування та водних процедур, розвиток культурно-гігієнічних навичок і навичок особистої гігієни, навчальна підготовка дитини, прогулянки на свіжому повітрі, виконання щоденних занять з фізичної культури (вправи в основних рухах, загальнорозвиваючі вправи, рухливі ігри та ігрові вправи, вправи спортивного характеру, лікувальні вправи та вправи для запобігання порушення постави), а також фізкультурні паузи, розваги, свята, дні здоров'я, піші переходи, самостійна рухова діяльність.

Розглядаючи режим дня дитини зі СПР почнемо з виконання ранкової та гігієнічної гімнастики після денного сну. Комплекси ранкової гімнастики та гігієнічної гімнастики обираються та розробляються з урахуванням особливостей ураження опорно-рухового апарату. Якщо дитина через існуюче фізіологічне ураження не може виконати ту чи іншу фізичну вправу, їй спрощують виконання такої вправи або замінюють на іншу, менш складну (можливе змінення положення сидячи або лежачи). При виконанні ранкової гімнастики та гігієнічної гімнастики (тривалість 10-15 хв.) дитині потрібно приділяти увагу послідовному виконанню фізичних вправ, навчати дитину займати відповідне вихідне положення, виконувати вправи для рук і ніг, тулуба з більшою амплітудою у заданому темпі; узгоджувати активний видих із певними фазами рухів; систематично виконувати вправи для запобігання порушення постави.

Обов'язковим у режимі дня дитини дошкільного віку зі СПР повинно виступати проведення щоденних занять з корекційної фізичної культури (загальнорозвиваючі вправи, ЛФК, вправи корекційного спрямування, рухливі ігри, вправи спортивного характеру), які тривають 25-30 хв.

При виконанні ранкової та гігієнічної гімнастики, а також після цих вправ, важливим критерієм здоров'я, фізіологічного та психічного стану дитини зі СПР виступає загартування цих дітей за допомогою сонця, повітря та води. При виконанні фізичних вправ температура повітря у фізкультурній залі поступово знижується з +23...24°C до +14...15°C (на 1°C кожного тижня). Великий позитивний ефект під час закалювання має виконання фізичних вправ босоніж, в одних трусах,

при цьому весь час підтримується необхідна температура повітря в приміщенні.

Виконуючи загартування дітей зі СПР необхідно забезпечити їм щоденне достатнє перебування на свіжому повітрі, відповідність одягу погодним умовам. Тривалість прогулянки на свіжому повітрі має бути не меншою ніж 2-3 години в день.

Розглядаючи розділ загартування дітей зі СПР, необхідно також приділити увагу денному сну дитини на свіжому повітрі або в спальній кімнаті з відчиненими вікнами. Денний сон організовувати при температурі повітря в спальній кімнаті не нижчій ніж +18°C.

Загартування дітей дошкільного віку зі СПР не може бути повноцінним і якісним без загартування водними процедурами. Вологе обтирання тіла, а влітку – обливання душем (ніг, тіла) з поступовим зниженням температури води має великий позитивний ефект відносно психофізичного стану дитини зі СПР. Обливання ніг проводиться контрастною водою з поступовим збільшенням діапазону температур води (+35°...+30°; +35°...+25°; +35°...+18°C).

При проведенні загартовуючих процедур основною умовою отримання позитивного ефекту є використання індивідуального підходу до кожної дитини зі СПР (врахування стану здоров'я дитини, швидкість її адаптації до загартовуючих процедур, бажання дитини).

Велике значення в режимі дня та в подальшому соціальному житті дитини зі СПР має розвиток культурно-гігієнічних навичок, який починається з привчання її здійснювати контроль за додержанням правил особистої гігієни: закріплювати навички догляду за чистотою тіла (миття рук, ніг, обличчя тощо), мити їх по мірі забруднення; стежити за чистотою зубів; волосся; одягу; своєчасно користуватися чистою носовою хусточкою; користуватися лише своїм рушником.

Значну роль у повсякденному та в подальшому житті дитини зі СПР відіграють навички культури їжі: це відображається у вмінні правильно поводитися за столом (сидіти прямо, не класти лікті на стіл, брати шматочок хліба, що лежить ближче, тощо). Привчати дітей сидіти за стіл в охайному вигляді. Учити дітей правильно тримати та користуватися виделкою, ножем, серветкою, їсти охайно, ретельно пережовувати їжу. Поївши, дякувати дорослим.

При проведенні навчальної діяльності дитини зі СПР вихователь, перш за все, повинен знати діагнози захворювання своїх вихованців. Досвідчені педагоги з метою підтримки уваги дітей використовують різні засоби, які активізують їхню розумову діяльність, стимулюють допитливість, розвивають уміння зосередитися на виконуваному завданні за вимогою дорослого.

Вихователь повинен оптимально вибрати навчальне місце для дитини (відносно ступеню ураження опорно-рухового апарату, порушень мовлення, або інших уражень) у приміщенні. Мова викладача повинна бути чіткою, зрозумілою, доступною для дитини. На кожному занятті треба планувати та проводити корекційно-ігрові вправи (2-3хв.), які несуть позитивний заряд, дають можливість дитині зі СПР розслабитись, зняти психофізичне напруження, створене під час заняття.

Вихователь, який проводить навчальні заняття, повинен весь час зосереджувати увагу на положенні дитини (її рук, тулуба, голови) за столом. Необхідною умовою виступає проведення фізкультурних пауз (1-2 хв.), складені з профілактичних вправ для дрібної моторики, формування правильної постави, профілактики плоскостопості, які дають можливість дитині зняти фізичне напруження, відновити фізичну та розумову працездатність.

Враховуючи всі перелічені особливості проведення навчальної діяльності дитини дошкільного віку зі СПР час заняття повинен коливатися в межах 30-35 хв.

Після денного відпочинку щодня проводять комплекс корегуючої гімнастики, до якого входять загальнорозвиваючі, корекційні вправи, вправи для профілактики плоскостопості, тощо. Важливе значення такий комплекс має для формування правильної постави дитини зі СПР (голова і спина прямо, плечі відведені, живіт підтягнутий). Тривалість гігієнічної гімнастики та дозування вправ таке, як і в ранковій гімнастиці.

Характерною особливістю організації корекційних занять є розподіл груп дітей на підгрупи (від 7 до 10 осіб) з однорідними порушеннями функціонального стану організму. Заняття проводяться у спеціально обладнаній спортивній залі за гнучким графіком, затвердженим науковим керівником експериментальної роботи та завідуючим ЗДО.

Щоденно фахівцями проводиться 8 занять з ранку до обіду та 6 занять після денного відпочинку. Кожна підгрупа повинна мати можливість займатися корекційними вправами не менш ніж 3 рази на тиждень.

З підгрупою працюють одночасно два фахівця: інструктор з фізичної культури та помічник (асистент). Функції асистента можуть виконувати медичні працівники, вихователі, студенти-практиканти ЗВО, волонтери, які мають відповідний рівень підготовки (перепідготовки), та допущені до проведення занять відповідним наказом ЗДО.

Оплату роботи фахівців можна здійснювати на умовах строкових

трудоу договорів за рахунок бюджетних та не бюджетних коштів.

З метою ознайомлення працівників ЗДО зі спеціальними корекційними вправами для розвантаження хребта і зміцнення м'язово-зв'язкового апарату дітей фахівцями-реабілітологами проводиться тренінг для вихователів, інструкторів з фізичної культури, медичних працівників, батьків.

Алгоритм впровадження програми корекції рухових функцій у дітей дошкільного віку в умовах діяльності ЗДО можна представити у вигляді наступної схеми:

I. Участь адміністрації ЗДО:

- Організація тематичних батьківських зборів.
- Організація методичних занять з вихователями.
- Організація оглядів дітей спеціалістами: планових, позапланових для групи (за поданням керівника закладу).
- Організація занять з корекції постави дітей в умовах ДНЗ за рекомендацією наукового керівника та реабілітолога.
- Організація збалансованого харчування дітей в умовах закладу.
- Організація профілактики порушень постави засобами корекційного фізичного виховання в умовах діяльності закладу .
- Матеріально-технічне забезпечення закладу.
- Організація інформаційних стендів з положеннями, спеціально розробленими пам'ятками для батьків.
- Організація педагогічних рад з оцінки ефективності програми.
- Коригування розкладу навчально-виховного процесу ДНЗ з наданням додаткової інформації та часу щодо здійснення заходів для гігієни стану хребта, корекційної фізичної культури, відповідного харчування.
- Коригування структури і змісту уроків корекційної фізкультури.

II. Участь вихователів:

- Актуалізація серед батьків питання розповсюдженості порушень опорно-рухового апарату у дітей та їх наслідків.
- Актуалізація серед батьків необхідності збалансованого харчування дітей, адекватної рухової активності, зміцнення корсетних м'язів хребта.
- Участь у формуванні групи ризику «діти з підозрою на порушення ОРА» за даними батьків, спеціалістів та власних спостережень.

- Робота з дітьми з профілактики порушень постави.
- Обов'язкове використання під час занять вправ для тренування м'язового корсету хребта і зв'язкового апарату стопи.
- Організація осьового розвантаження хребта.
- Завершення занять ротаційною і релаксаційною групою вправ для профілактики зсувів структур хребта, відновлення тону м'язів та їх гемодінамики.

IV. Участь медичного персоналу та реабілітологів:

- Участь у підготовці та проведенні тематичних занять з профілактики СПР.
- Участь у розробці та впровадженні комплексів корекційних фізичних вправ для профілактики СПР, фізкультурних хвилинок, перерв, у групах подовженого дня.
- Участь у проведенні корекційних занять фізкультурою разом з педагогом-реабілітологом.
- Тематичні зустрічі з батьками.
- Формування групи ризику «діти з підозрою на СПР»; надання інформації керівнику закладу щодо організації оглядів дітей спеціалістами.
- Аналіз ефективності впровадження програми та підготовка звітів про її результати для виступу на засіданні педагогічної ради ЗДО.
- Лікар, ортопедагог визначають стан психофізичного розвитку дітей зі СПР, надають рекомендації та організують корекційно-реабілітаційні заходи за узгодженням з батьками.

V. Участь батьків

- Проведення регулярного (протягом 1-3 місяців) огляду психофізичного стану та рухових можливостей дитини. У випадку підозри на СПР - інформування вихователя для включення дитини до групи ризику «діти з підозрою СПР».
- При наявності порушення постави за рекомендацією ортопедагога забезпечення виконання дитиною вдома корекційних вправ.
- Коригування харчування дитини (забезпечення достатньої кількості молочних продуктів, свіжих овочів та фруктів, зернового хлібу, меду, горіхів; зведення до мінімуму продуктів з синтетичними харчовими добавками, які підсилюють смак.
- Забезпечення виконання дітьми ранкової гімнастики та гімнастики в режимі дня з використанням базового комплексу вправ, вправ для відновлення структур хребта наприкінці дня у разі відсутності порушень постави.

Складні порушення розвитку дитини призводить до розвитку комплексу негативних функціональних змін систем дихання, кровообігу і роботи внутрішніх органів, зниженню розумової працездатності. Чим раніше виявлено порушення, тим більш ефективними є лікувальні і реабілітаційні заходи. Ближче до 18 років, коли закінчується формування і окостеніння структур хребта, вже складно виправити положення.

Початок хвороби Ви можете визначити самі в домашніх умовах простим оглядом постави дитини. Бажано огляд робити щомісячно при достатньому освітленні. Дитина повинна бути в трусиках, босоніж. З відстані 3-4 метрів Ви оцінюєте поставу дитини в декількох позиціях:

Позиція №1. Дитина стоїть прямо з опущеними руками спиною до Вас. Ви визначаєте: Чи знаходяться плечі дитини на одному рівні, або одне плече звично опущене. Чи симетричні кути лопаток. Чи однакові овали тіла в плечах, талії, чи однакові сідничні складки і рівні тазових кісток. Чи рівний в цій позиції хребет.

Позиція №2. Дитина повільно нахиляє голову вперед - вниз і поступово згинається опускаючи руки вниз до підлоги. Ви визначаєте: Чи не порушується при нахилі симетрія тіла. Чи є ділянки спини з посиленою, а з протилежного боку ослабленою мускулатурою. Чи рівномірні проміжки між виступами хребта, що позначилися при нахилі, і чи залишився він рівним або скривився.

Позиція №3. Дитина стоїть до Вас лівим, потім правим боком. Ви оцінюєте: Відсутність або наявність сутулості, деформації грудної клітки.

Позиція №4. Дитина лежить на рівній поверхні (підлога, кушетка) з витягнутими уздовж тіла руками. Ви оцінюєте: - Розміри стоп правої і лівої ноги співпадають або є відмінність. - Довжина ніг по співвідношенню притиснутих одна до одної правої і лівої п'яти однакова або одна п'ята більш виступає.

Крім цього, зверніть увагу на підйом стопи. Якщо він сплющений, а в позиції стоячи вся стопа щільно притискається до поверхні підлоги, можливо у дитини плоскостопість.

Якщо Ви побачили у дитини порушення симетрії тіла, викривлення хребта або сплющення стопи, зверніться до дитячого ортопеда.

У багатьох дітей дошкільного віку зі СПР порушена координація руху рук, ніг, тіла. Розвиток усіх цих навичок необхідно проводити як в ігровій діяльності, так і в повсякденному житті.

Важливим завданням є навчання дитини самостійному прийому їжі. Цю роботу треба починати з прищеплювання навички підносити

свою руку до рота; брати хліб і підносити його до рота; брати ложку, самостійно їсти (спочатку густу їжу); тримати кружку й пити з неї. При навчанні цих дій використовують фізичні вправи, спрямовані на розвиток дрібної моторики.

Важливо навчити дитину зі СПР різним діям під час вдягання. Ці заняття краще проводити в ігровій формі. Спочатку треба навчити дитину розстібати більші гудзики, потім маленькі; нанизувати гудзика на ізольований, м'який дріт; розшнуровувати й зашнуровувати черевики. Для навчання дитини навичкам самообслуговування виконуються маніпуляції з пересипанням сипучих речовин. Такі ж маніпуляції виконуються з рідинами. Потім усі ці навички закріплюють в іграх на ляльці й після цього переносять їх на саму дитину.

Під час розвитку навичок самообслуговування особливе значення має навчання дитини вмиватися, мити руки, вправлятися в туалеті та самостійно пересуватись. У всіх випадках вихователь або вчитель з фізичної культури повинен контролювати рухові дії дитини. Вживаючи для виконання поставленого завдання підводящі вправи з менш складними завданнями. Такі вправи розроблюються самостійно інструктором з ЛФК, педагогами та вчителями, враховуючи досвід виховання дітей зі СПР і знаючи психофізіологічні особливості кожної дитини.

VI. Участь дітей

- Участь у профілактичних заходах.
- Набуття та застосування практичних навичок гігієни хребта, профілактики сколіотичної постави.
- Використання вдома базових корекційних фізичних вправ для відновлення структур хребта.

З'ясовано, що 80% педагогів і батьків не знайомі з особливостями та закономірностями психічного розвитку дітей і не можуть назвати основні показники нормального психофізичного розвитку своїх учнів. Більшість педагогів вважають учнів здоровими та нормально розвиненими, а існуючі проблеми – лише педагогічними. Отримані результати дають підстави зробити висновок про те, що в більшості випадків педагоги і батьки не обізнані з основами вікової психології, спеціальної психології, заперечують наявність відхилень у розвитку дітей, в цілому не готові до роботи з учнями, які мають порушення психофізичного розвитку.

Проте, більшість педагогів засвідчила готовність навчати дітей з особливими освітніми потребами, бажання удосконалювати свої професійні знання та майстерність, аби надавати необхідну допомогу школярам з порушеннями розвитку. Також педагоги і батьки зазначили,

що їм бракує спеціальних знань, консультативної допомоги, психологічної підтримки.

Аналіз отриманих даних засвідчив низький рівень самосвідомості й відповідальності батьків за освіту й розвиток їхніх дітей, які загалом покладаються на школу та вчителів. З'ясувалося, що педагоги недостатньо використовують виховні потенційні ресурси сім'ї дитини зі СПР, не проводять роботу з родиною щодо підвищення рівня знань батьків про дитину, її проблеми та потреби.

Програма закладів освіти не передбачає використання спеціальних програм для навчання і виховання дітей зі СПР, вони не залучалися до гуртків, ансамблів та спортивних секцій. Встановлено, що відсутність діагностичної та корекційної допомоги родині та дітям у закладах освіти негативно позначається на розвитку, навчанні й вихованні дітей і, як наслідок, це ускладнює їхню соціалізацію, обмежує можливості життєвої реалізації.

Діагностування виявило, що всім категоріям дітей зі СПР властиві різноманітні утруднення у сфері спілкування, що призводить до збіднення соціального досвіду, деформації соціальної ситуації розвитку, системи стосунків дитини з найближчим оточенням та негативно впливає на темпи формування вищих психічних функцій.

Було з'ясовано, що колективи дошкільних закладів освіти зорієнтовані на підготовку дітей, які мають посередні здібності; не готові до педагогічної діяльності з контингентом учнів, який змінюється; не здатні самостійно змінити технології й підходи до виховання дітей; не враховують особливості їхнього психофізичного розвитку й потреби в спеціально організованому навчанні та вихованні, максимально наближеному до реалій життєдіяльності.

Отримані дані засвідчують, що в закладі освіти відсутні умови для надання спеціальної психолого-педагогічної допомоги дітям зі СПР, зокрема, педагоги та психологи не мають належних знань для роботи з такими дітьми, вузькопрофільні фахівці не відвідують освітні заклади (відповідно ані педагоги, ані діти не одержують адекватних консультацій), відсутні спеціальне устаткування та технічні засоби для корекційно-розвивальних занять, спеціальні корекційно-розвивальні програми, методична література тощо.

Означені вище напрями корекційної педагогічної діяльності, які мають стати основоположними у впровадженні інклюзивного навчання і виховання дітей дошкільного віку зі СПР і перспективи впровадження в освітній процес системи інклюзивного навчання і виховання з розробленим і науково обґрунтованим корекційно-розвивальним блоком, дають змогу нівелювати відмінності між дітьми зі СПР та їхніми

здоровими однолітками, подолати труднощі у навчанні та вихованні, адаптації та соціалізації. Визначені проблемні питання та перспективи перепідготовки фахівців закладів освіти засвідчили необхідність впровадження організаційно-педагогічних умов, які б забезпечили організаційно-методичне, навчально-дидактичне та корекційно-розвивальне спрямування інклюзивної освіти в такому освітньому закладі.

Нами визначено основні та спеціальні принципи впровадження інклюзивної освіти, зокрема: оптимізація навчального та соціально-культурного середовища, змістова цілісність, принцип реалістичності, комплексності, єдності та взаємодоповнюваності, принцип діяльнісного підходу до організації процесу інклюзивного навчання та виховання.

3.4. Умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями розвитку

Під час розгляду питання про психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами слід посилатися на поняття комплексності в організації педагогічної діяльності, яка включає в діалог не лише навчальну, виховну і медичну служби, але й вузьких спеціалістів закладів освіти: практичних психологів, логопедів, соціальних педагогів, які ведуть індивідуальну корекційну роботу з кожною конкретною дитиною.

В організації корекційного простору велике значення має оперативність надання комплексної допомоги дітям зі СПР, здійснення вчасної підтримки і психолого-педагогічного супроводу дітей та їх родин.

Супровід навчання та виховання дітей зі СПР ґрунтується на наступних засадах: доступність усіх форм освітніх послуг; запровадження спеціальних технологій та адаптативних технічних засобів навчання та виховання; індивідуалізація та адаптація корекційних програм з урахуванням потреб і можливостей дитини; поєднання традиційних та інноваційних підходів до розвитку дитини зі СПР; створення сприятливих умов для соціалізації, самовизначення та самореалізації дітей.

Важливою умовою супроводу є посилення спільної діяльності ІРЦ та практичних психологів, соціальних педагогів закладів освіти. Завданнями ІРЦ в даному напрямку є: психолого-педагогічне вивчення, оцінка труднощів та потенційних можливостей психічного розвитку дітей; визначення їх особливих освітніх потреб; надання рекомендацій щодо змісту, форм і методів навчання та виховання, корекційно-

розвивальної роботи з урахуванням особливостей розвитку дитини; допомога у складанні індивідуальної програми реабілітації; системна психолого-педагогічна підтримка дітей.

Завданнями психологічного та соціального супроводу дітей зі СПР є: участь в організації навчально-виховного процесу з метою забезпечення максимально можливого всебічного особистісного розвитку дітей, зміцнення та захист їх психічного здоров'я; здійснення індивідуальної та групової психокорекції; розробка та реалізація програм профілактики відхилень у поведінці та розвитку дітей; здійснення соціального, психологічного та психолого-педагогічного супроводу; дослідження спрямованості впливу мікросередовища, особливостей сім'ї та сімейного виховання на формування особистості дитини; забезпечення дотримання норм охорони та захисту прав дітей, представлення їх інтересів у різних інстанціях; сприяння соціальному і професійному визначенню особистості; координація діяльності й взаємодії усіх суб'єктів соціального виховання; сприяння розвитку дітей зі СПР, поліпшення їх психоемоційного стану; захист від будь-яких форм фізичного або психічного насильства, тощо.

Для організації цілеспрямованого та всебічного вивчення кожної дитини пропонується єдина Картка психолого-педагогічного супроводу дитини зі СПР (далі - картка), яку пропонується для ведення практичними психологами / соціальними педагогами (додаток 1) протягом всього перебування дитини у закладі освіти.

За результатами вивчення особливостей розвитку кожної дитини на психолого-медико-педагогічних консиліумах, які проводяться в освітньому закладі, визначаються напрямки індивідуальної роботи з дітьми даної категорії, створюється охоронно-педагогічний режим, складається індивідуальна програма розвитку, за потребою обираються альтернативні форми навчання та виховання. Зміст індивідуальної програми визначається педагогічною радою з урахуванням рекомендацій ІРЦ, перегляд змісту індивідуальної програми розвитку здійснюється двічі на рік, за потребою вносяться корективи.

Важливим є знання типологічних особливостей дітей зі СПР, що дає можливість організувати їх навчання і виховання шляхом пропедевтичних прогнозованих рішень в процесі психолого-педагогічного супроводу. Дітям зі СПР для повноцінного фізичного, психічного, соціального, духовного розвитку потрібні спеціальне освітнє середовище та комплексний підхід до розв'язання їх проблем.

Таким чином, психолого-педагогічний супровід розглядається як цілісна діяльність, командна взаємодія (вчителів, батьків, практичного психолога, соціального педагога, фахівців ІРЦ, логопеда, медпрацівників та

інших фахівців), що поєднує такі взаємопов'язані компоненти: систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини, особливостям її розвитку, динаміки її психічного розвитку у процесі навчання та виховання; створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості дітей та їхнього успішного виховання; створення спеціальних соціально-психологічних умов для надання допомоги дітям, які мають проблеми в розвитку.

Ключовим моментом в організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей зі СПР 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.

Психолого-педагогічний супровід визначають як технологію, засновану на єдності чотирьох функцій [38]:

- 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.

Індивідуальне навчання та виховання дітей зі СПР в спеціалізованих закладах освіти визначається низкою умов. Л. Виготський [17] 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 зі СПР було визначено такі: організаційні, діагностичні, дидактичні, корекційно-розвиткові, соціально-реабілітаційні.

До організаційних умов відносимо: проходження психолого-медико-педагогічної консультації дитиною зі СПР (є умовою та вимогою зарахування до закладу освіти); наявність інфраструктури закладу освіти; проходження психолого-педагогічної консультації закладу освіти 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 зі СПР; наявність складеного індивідуального тематичного плану на рік; наявність індивідуальної картки розвитку дитини; наявність щомісячного журналу занять з метою контролю та перевірки роботи спеціального педагога; наявність транспортного засобу для розвозки дітей на групові заняття; оцінювання дітей зі СПР; наявність написаної психолого-педагогічної характеристики спеціалістами, які займаються з дитиною.

До діагностичних умов відносимо: наявність анамнестичних відомостей (вивчення діагнозу дитини, картки здоров'я та розвитку, виписок з медичної картки, протоколів ІРЦ, характеристик, висновків спеціалістів різного профілю); наявність достовірних і повних відомостей про розвиток дитини й умови виховання в родині (анкетування, опитування, інтерв'ю); наявність наочного діагностичного матеріалу; наявність комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики для дітей зі СПР.

До дидактичних умов відносимо: здійснення адаптації змісту навчання та виховання до можливостей дитини; здійснення індивідуального підбору методів, прийомів та засобів навчання та виховання; орієнтування на провідний вид діяльності; наявність календарного режиму дня; наявність спеціальних навчальних та ігрових посібників, книг «досвіду» для розвитку дітей зі СПР.

Особливості учнів зі СПР обумовлювали застосування загально педагогічних методів:

- методи навчання та виховання 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; довільність психічних процесів; рівень розвитку опорно-рухового апарату; рівень розвитку мовлення; рівень розвитку зорового сприймання; рівень розвитку інтелектуального розвитку.

У деяких дітей зі СПР спостерігалися сформовані тільки передумови предметної, маніпулятивної чи ігрової діяльності. Робота з розвитку виду діяльності була основною для засвоєння дітьми зі СПР 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 зі СПР залишалася провідною предметна діяльність. Дітей зі СПР вчили послідовності дій у побутових діях (мити руки, витирати обличчя тощо), що в подальшому допомагало їм вчитися грати.

Основною діяльністю для дітей зі СПР виступала гра. Гра мала доступний сюжет, відповідала інтересам дитини та змісту програми, віковим та психофізичним особливостям. Для дітей зі СПР особливе значення мали дидактичні ігри: 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.

Навчання режиму дня було невід'ємною частиною корекційної роботи. Від правильно підбраного режиму дня залежало здоров'я дитини. Діти зі СПР мали глибокі порушення ОРА. 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 зі СПР починала запам'ятовувати послідовність подій та включатися у всі види діяльності.

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.

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.

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.

До корекційно-розвиткових умов відносимо: наявність спеціального обладнання для індивідуального психолого-педагогічного супроводу (підбиралися спеціалізовані крісла з корсетами, підлокітниками, спеціальні столи, коректори постави, фіксатори для рук, ніг, тулуба, ортези на шийний відділ хребта, стіл ігровий); застосування спеціальних завдань з психолого-педагогічної корекції порушень у розвитку (завдання, ігрові вправи були спрямовані на подолання труднощів у навчанні); застосування прийомів та методів корекції проблемної поведінки дітей зі СПР; наявність в індивідуальній роботі систематичного психолого-педагогічного консультування батьків; використання інноваційних технологій в індивідуальному навчанні та вихованні дітей зі СПР.

Батьки, керуючись порадами спеціального педагога, мали обладнати робоче місце дитини з урахуванням її моторного і мовленнєвого станів та особливостей розвитку навчальних навичок. Створення корекційно-розвиваючого середовища було визначальним для ефективності корекційного навчання дитини. Середовище, в якому проходив навчальний процес дитини зі СПР, – спеціально обладнаний простір для навчання та виховання дитини, а також спеціальні засоби, необхідні в навчально-виховному процесі. В обладнання також входили стелажі, ігровий, дидактичний та наочний матеріали, магнітна дошка тощо.

Психолого-педагогічна корекція у навчанні та вихованні дитини зі СПР відбувалася за такими напрямками: корекція пізнавальної сфери; корекція порушень опорно-рухового апарату; корекція інтелектуальної недостатності; - логопедична корекція; психологічна корекція; симптоматична корекція; корекція девіантної поведінки; корекція міжособистісних стосунків.

Проблемна поведінка – це один із видів дезадаптивної поведінки, який являє собою систему вчинків, що суперечать прийнятим у суспільстві правилам або моральним нормам. У дітей зі СПР 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 зі СПР 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. Вони малоактивні, полохливі. Більшість дітей зі СПР були агресивні, проявляли негативізм до всього нового, кричали, кусалися, билися руками.

Ефективність навчання та виховання 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 зі СПР 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 мимічних поз; навички поведінки у конфліктних ситуаціях: вміння сказати «ні», попросити допомоги, вміння вибачатися; навички дружби: вміння дякувати, приймати подяку, вміння робити щось по черзі, охайність та акуратність, розуміння ролі правил в побутовому житті.

Корекція та розвиток дитини зі СПР 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.

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.

До інноваційних технологій відносилося використання комп'ютера, електронних книг, аудіокниг, планшетів, телефонів та іншого технічного обладнання, що надали можливість спілкуватися з дитиною, вчитися та пізнавати оточуючий світ. Деякі діти зі СПР 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 та вихованні дітей зі СПР.

До соціально-реабілітаційних умов відносимо: наявність індивідуальних технічних засобів реабілітації; наявність технічних засобів для розвитку соціально-побутових навичок та самообслуговування.

Всі умови тісно були взаємопов'язані між собою та доповнювали одна одну. Реалізація цих умов забезпечила активне навчання та виховання, ефективний розвиток дитини зі СПР.

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 описані вище умови було реалізовано на відповідних етапах організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Індивідуальний психолого-педагогічний супровід проводився у п'ять етапів:

- **Підготовчий етап** – Пропедевтичний.

- **Перший етап** – Діагностика та визначення рівня функціонування дитини.

- **Другий етап** – Розробка індивідуального календарно-тематичного плану / розробка індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП).

- **Третій етап** – Реалізація програм.

- **Четвертий етап** – Контроль та внесення змін.

На кожному з цих етапів реалізовувалися умови впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу. На п'ятому етапі був проведений зріз для перевірки ефективності запропонованих психолого-педагогічних умов впровадження індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Метою *підготовчого етапу* було вивчення родини, в якій виховувалася дитина з комплексним порушенням розвитку. Цей етап містив такі складові: відвідування родиною психолого-педагогічного консультування закладу освіти; збір інформації щодо розвитку дитини; первинне знайомство спеціалістів з родиною; надання рекомендацій щодо подальшого індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Метою першого етапу було провести експериментальну психолого-педагогічну діагностичну методику, яка допомгла визначити рівні функціонування моторної та мовленнєвої сфер дитини. Складові першого етапу були такі: збір анамнестичних даних дитини; опитування та анкетування батьків; проведення обстеження дитини.

Метою другого етапу було на основі обстеження, поведінки дитини, психологічної готовності розробити індивідуальну програму або індивідуальний календарно-тематичний план на рік. Нами розроблено рекомендації щодо складання індивідуального календарно-тематичного плану, який складався за результатами комплексної психолого-педагогічної діагностичної методики, та його структури.

Індивідуальний календарно-тематичний план складався мультидисциплінарною командою, яка працювала з дитиною та батьками. План був основним документом, що регулював навчально-виховний процес, який складався та затверджувався у відповідності до чинних вимог.

У випадках, коли діти мали тяжкі порушення психофізичного розвитку (тетрапарези, парапарези, гіперкінетичні розлади, дизартрію, дисграфію, дислексію, акалькулію, алалію) та не могли засвоїти індивідуальний календарно-тематичний план, педагогічна рада за поданням психолого-медико-педагогічного консіліума та погодженням з батьками (особами, які їх замінювали) приймали рішення про

переведення таких дітей на навчання та виховання за індивідуальними програмами.

Метою третього етапу була реалізація програми, яка здійснювалася у таких формах роботи: індивідуальні заняття; групові заняття; психолого-педагогічне консультування батьків; робота мультидисциплінарної команди.

Структура індивідуального заняття дитини зі СПР включала такі етапи:

I. 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 зі СПР було моделювання 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 складала 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 заняття було проведено у формі бесіди.

II. Основна частина заняття тривала 20-25 хвилин. Складалася із загальноорозвиваючих 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. 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 зі СПР відбувалося зі зміною її положення тіла. Якщо дитина вміла ходити, то вона могла пройтися 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 поверхнєве, уривчасте 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 тонуусу 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.

Обов'язковими для реалізації програми 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.

Не менш важливими були й інші форми роботи, наприклад, групові заняття для дітей зі СПР. 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 спеціально обладнаному кабінеті.

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.

Для подолання деструктивних станів спеціальному педагогу було запропоновано такі форми психологічної підтримки: психологічні бесіди; перегляд відеофільмів; психологічне консультування; щоденник спостереження; психологічне втручання.

Мультидисциплінарна команда систематично збиралася та обговорювала покроковість у індивідуальному психолого-педагогічному супроводі дитини з комплексними порушеннями розвитку. Отже, робота з дітьми зі СПР 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 **четвертого етапу** було здійснити контроль та внести зміни у організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу. Для

даної категорії дітей результати могли бути настільки «незначними» у загальнонавчальному розумінні, що їх було важко побачити. На успішність навчання та виховання 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.

Етапи індивідуального психолого-педагогічного супроводу були циклічними, постійно діяли, доповнювалися або змінювалися, щоб призвести до ефективнішого розвитку дитини з комплексними порушеннями розвитку.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми корекційно спрямованого навчання та виховання дітей дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку вказує на необхідність визначення змісту та уточнення термінології, які використовуються науковцями і практиками під час роботи з дітьми, які мають декілька первинних порушень. Прогалини в забезпеченні освіти дітей зі складними порушеннями розвитку свідчать про актуальність обраної проблематики дослідження.

2. Досліджено, що у структурі складного порушення розвитку (опорно-рухового апарату та мовлення) мають місце рухові, інтелектуальні, мовленнєві порушення, наслідком яких є зміни емоційно-вольової сфери у дітей дошкільного віку, наявність індивідуальних особливостей їхнього психофізичного стану.

3. Розроблена комплексна діагностична психолого-медико-педагогічна методика дозволила визначити рівень розвитку моторної, мовленнєвої, інтелектуальної сфер дитини, а також виділити три групи дітей за рівнем їх розвитку та функціональних можливостей.

4. Визначено зміст корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають складні порушення розвитку опорно-рухового апарату і мовлення відповідно до функціональних можливостей цих дітей.

5. Проаналізовано і визначено спеціальні педагогічні принципи та педагогічні умови для ефективної організації індивідуального психолого-медико-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями, виділено основні етапи такого професійного супроводу.

6. Визначені особливості організації навчально-виховного процесу для дітей зі складними порушеннями розвитку, розроблені методичні рекомендації для спеціальних педагогів і батьків, які виховують дітей зі СПР.

7. Обґрунтовано необхідність застосування психологічної підтримки батьків, описані форми роботи, які може використовувати педагог і психолог у процесі психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує дитину зі СПР.

Низка питань потребує подальшої теоретико-експериментальної розробки і впровадження результатів досліджень в процес навчання та виховання дітей із СПР. Подальшої розробки потребують питання організації індивідуального психолого-медико-педагогічного супроводу дітей зі СПР старшого дошкільного і шкільного віку, критеріїв оцінювання навчальних досягнень для дітей даної категорії, навчання у колективі.

Актуальною проблемою залишається якісне сучасне кадрове забезпечення процесу навчання та виховання дітей зі СПР.

Перелік рекомендованої літератури

1. Алещенко С. Соціальне партнерство: теорія та практика: посіб. для неприбуткових некомерційних організацій / С. Алещенко. – В 2-х ч. – Суми : СОМГО "Матриця", 2004. – Ч. 2. – 44 с.
2. Асистент учителя в інклюзивному класі: навчально-методичний посібник / Н.М. Дятленко, Н.З. Софій., О.В. Мартинчук, Ю.М. Найда, під заг. ред. М.Ф. Войцехівського. – К. : ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. – 172с.
3. Байда Л.Ю. Інвалідність та суспільство:[навч.-метод. посіб.] / Л.Ю. Байда, О.В. Красюкова-Еннс, С.Ю. Буров та ін. / За заг. ред. Л.Ю. Байди, О.В. Красюкової-Еннс. – К., 2012. – 216 с.
4. Басилова Т.А. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста со сложными и множественными нарушениями. Специальная дошкольная педагогика: учеб. Пособие / под. ред.. Е.А. Стребелевой. – М., 1990. – С. 278-299.
5. Бертынь Г.П. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с бисенсорными дефектами при различных эмбоио и фетопатия (текст) / Г.П. Бертынь // Дефектология. – 1991. - №3. – С. 21).
6. Безпалько О. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми обмежених функціональних можливостей: методичні рекомендації / Безпалько О., Едель С. ; за ред. Капської А. Й. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. –32 с.
7. Березан О. І. Основи дитячої нейропсихопатології: Навчальний посібник для студентів. - Полтава, 2006.
8. Бондар В. І. Спеціальне навчання: забезпечення та реалізація принципу рівних можливостей / Бондар В. І. // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. –К. : ІЗМН, 1998. – Ч. І. – С. 71-78.
9. Будяк Л.В. Інклюзивне навчання в сільському загальноосвітньому закладі / Л.В. Будяк. – Черкаси. – 2010 – 40 с.
10. Вавіна Л. С. Посилення корекційної спрямованості змісту початкової освіти учнів з комбінованим дефектом / Людмила Сергіївна Вавіна // Дефектологія. – 1996. – №2.
11. 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.

12. Волкова Н.П. Педагогіка: Навч. посібник. Вид. 2-е, перероб., доп. – К.: Академвидав, 2007, С. 415-426.
13. Василенко О.М. Соціально-педагогічна робота з учнями з особливими потребами в загальноосвітній школі інклюзивної орієнтації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.vmurol.com.ua/upload/publikatsii/Problemi_studentiv_z_invalidnistyu/pdf/Vasilenko_Soc_ped_robota.pdf (дата звернення: 06.08.2013). – Назва з екрану.
14. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти т. / Л. С. Выготский. – М.: Изд-во Акад. пед. наук, 1983. – Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т.А. Власовой. – 1983.– 369 с.
15. Выготский Л. С. Принципы социального воспитания глухонемых: [о методике И. А. Соколянского] / Л. С. Выготский // Сурдопедагогіка: хрестоматія / Л. І. Фомічова. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 1983. – Т. 2. – С. 185.
16. Выготский, Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М., 1985.
17. Гаврилов О.В., О.П.Глоба, В.О.Липа та ін. Прикладна корекційна психопедагогіка. Навчальний посібник. / Кам'янець-Подільський, ТОВ «Друк-Сервіс», 2014. – 591 с.
18. Гладуш В.А., Комінко А.В. Інтеграційна модель розвитку пізнавальних процесів дітей з ООП засобами LEGO / «Наукові перспективи» Серія «Педагогіка». category "C" ISSN (print) 2708-7530 No 6 (12) 2021 DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-6\(12\)](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-6(12)) <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/13>
19. Viktor Hladush, Viera Šilinova, Vladimir Klein, Olga Bench, Alexandr Hloba (2020) Preparation of pedagogical trainers to inclusive diagnostic *Journal of Critical Reviews*, 7 (11), 4132-4141, ISSN 2394-5125 <http://www.jcreview.com/?mno=122618>
20. Гладуш В.А. **Збереження здоров'я особистості як науково-педагогічний феномен** / Педагогіка здоров'я як основа розвитку потенціалу особистості: [колект. моногр.] – Дніпро : ЛІРА, 2020. – 384 с. (с. 6-28). https://lib.iitta.gov.ua/cgi/search/simple?q=%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D1%83%D1%88&action_search=%D0%9F%D0%BE%D1%88%D1%83%D0%BA&action_search=Search&order=bytitle&basic_srctype=ALL&satisfyall=ALL
21. Глоба О. П. Програма підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі : методичні вказівки / Глоба О. П., Долинний Ю. О. –Луганськ : ЛНПУ ім. Тараса Шевченка, 2007.– 112 с.

22. Глоба О.П.. Використання педагогічних технологій адаптивної фізичної культури і спорту в процесі соціальної інтеграції осіб з обмеженими можливостями/ Ю.М.Полулященко, О.П.Глоба // Вісник ЛНУ ім. Т.Шевченка. – Луганськ, 2011.- №23(234).

23. Глоба О.П. Регіональне реабілітаційне середовище як фактор соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями: [монографія] / Олександр Петрович Глоба. – Краматорськ: ДДМА,2011. - 348с. - Бібліогр.: с.379-396. – ISBN 978-966-2484-02-1.

24. Глоба О.П. Специфіка підготовки фахівців з адаптивної фізичної культури до роботи зі студентами-інвалідами. / Ю.М. Полулященко, О.П.Глоба // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. – Серія соціально-педагогічна. – Вип.23, част. 2. - «Медобори - 2006», 2013.

25. Глоба О.П. Прикладна корекційна психопедагогіка. Навчальний посібник. / О.В. Гаврилов, О.П.Глоба, В.О.Липа та ін. – Кам'янець-Подільський, ТОВ «Друк-Сервіс», 2014. – 591 с.

26. Глоба О.П. Програма корекційно спрямованого фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку з порушеннями психофізичного розвитку. / Інклюзивне навчання: організаційне, змістове та методичне забезпечення: навчально-методичний посібник [кол. авторів за заг. ред. С. П. Миронової]. – Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. – 236 с.

27. Глоба О. П. Про національну систему надання корекційно-реабілітаційних послуг в Україні / О.П.Глоба та ін.// Інклюзивна освіта: досвід і перспективи: [монографія] / Колектив авторів; відп.ред. Г.В.Давиденко. – Вінниця, ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016. – 242с.

28. Глоба О. П. Сучасні технології в системі надання корекційно-реабілітаційних послуг / О.П.Глоба // Вісник Львівського університету. Збірник наукових праць. Серія педагогіка. Випуск 31. – Львівський національний університет імені Івана Франка,2016. – С.399-408.

29. О.П.Глоба, Ю.М.Полулященко. Використання педагогічних технологій адаптивної фізичної культури і спорту в процесі соціальної інтеграції осіб з обмеженими можливостями. Вісник ЛНУ ім. Т.Шевченка. – Луганськ, 2011.- №23(234).

30. Глоба О. П. «Охоронно-педагогічний режим в умовах реалізації державної програми «Нова українська школа» / О.П. Глоба, Б.О.Вихованець // Навчально-науковий інститут педагогіки і психології Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка, 2018.

31. Глоба О. П. Використання засобів народної педагогіки в корекційній роботі з дітьми, що мають порушення опорно-рухового апарату / О.П.Глоба // збірник наукових праць за ред.. В.М.Синьова, О.В.Гаврилова. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006. – 2020.
32. 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.
33. Глушенко К.О. Особливості психолого-педагогічної діагностики дітей з комплексними порушеннями [Текст] / К.О. Глушенко // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць: Матеріали першого Всеукраїнського з'їзду тифлопедагогів (4-5 травня 2006р.) – Х., 2006. – Випуск 6. – Ч.1. – с.122-132.)
34. Головчиц, Л. А. К проблеме терминологии: «сложные, множественные, комплексные нарушения развития» / Л. А. Головчиц // Дефектология. – 2011. – № 3. – С. 3–11
35. Гречко Л.М. Психологічний супровід дітей з вадами психофізіологічного розвитку в загальноосвітній школі // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна: Вип.6. – Кам'янець-Подільський – 2006. – С.247-250.
36. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі. //Здоров'я та фізична культура. – 2006, №8. – С. 1-6.
37. Григоренко В. Г. Педагогические основы физической реабилитации калек с нарушениями функций спинного мозга / Григоренко В. Г. – М. : Советский спорт, 1991. – 184 с.
38. Гриценок Л.І. Психологічна служба та психолого-медико-психологічні консультації системи освіти України (показники розвитку за підсумками 2004-2005 року) / Гриценок Л.І., Обухівська А.Г., Панок В.Г та ін. – К. : «Ніка – Центр». – 2005. – 30 с.
39. Даниелс Е. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів. // Е. Дениелс, К.Стаффорд – Львів: Т-во «Надія», 2000.– 255 с.
40. Данилявічуте Є.А. Закономірності виникнення, сутність та місце інклюзії у єдиній системі освіти в Україні // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №1 (65). – 2013. – С. 2-8. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка / за редакцією: В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К. 2004. – 152 с.

41. Детский церебральный паралич : хрестоматия / сост.: Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. СПб. : Дидактика-Плюс, 1983. 520 с).
42. Дульнев Г.М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе / Под ред. Т.А.Власовой, В.Г.Петровой. – М.: Просвещение, 1981. – 176 с.
43. Дефектологічний словник: навчальний посібник / За ред. В.І.Бондаря, В.М.Синьова. – К.: «МП Леся», 2011. – 528 с.
44. Довідник видань проекту «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні»: мат-ли Міжнародної конференції «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні: знання, практика та політика» (11-12 лютого 2013 р., Київ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: 43 http://osvitportal.lviv.ua/portal/doc/Довідник_видань_проекту.pdf – Назва з екрану.
45. Дробот Л. І. Інтеграція в суспільство вихованців шкіл-інтернатів для дітей з наслідками поліомієліту та церебральним паралічем / Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник /Ред. кол. Н.Софій (голова), І.Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор),та ін. — К.: Контекст,2000. — С.174-175.
46. Елен Р. Данієлс Залучення дітей з особливими потребами загальноосвітніх класів / Елен Р. Данієлс, Кей Стаффорд – Львів : Товариство «Надія», 2000. – 256 с.
47. Ервін Е. Підготовка вчителів і вихователів до роботи в інклюзивних класах та групах / Е. Ервін, Д. Кугельмас – Всеукраїнський фонд «Крок за кроком». – К. – 2000 – 150 с.
48. Ефименко Н. Н. Детские церебральные параличи / Ефименко Н. Н., Сермеев Б. В. – Одесса : [б. и.], 2000. – 240 с.
49. Ефименко Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Ефименко Н. Н. – М. : Сов. спорт, 1991. – 56 с.
50. Єрьоменко О.А. Сутність педагогічного супроводу освітнього процесу [Текст]/О.А. Єрьоменко/ Укр.інж.-пед акад.. – Х.: [б.в.], 2012. – Вип. 36. – С.96-100
51. Жмихова І. Б. Толерантна педагогіка в освітньому та виховному просторі школи / І. Б. Жмихова // Виховна робота в школі. – 2009. – №6. – С. 41–47.].
52. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради. – 1991. – № 2. – С. 252-258.
53. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради. – 2001. – № 30. – С. 142-150.

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

55. Засенко В. В., Колупаєва А. А. Реформування спеціальної освіти у країнах пострадянського простору // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб. Випуск – К. : Науковий світ, – 2005. – С. 33-39.

56. Івашура Н. С. Рівне наставництво в інклюзивній освіті дітей з аутизмом / Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. / за ред. В. М. Синьова. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – С. 84–87.

57. Іляшенко, Т. Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі : навч.-метод. посіб. / Т. Д. Іляшенко [та ін.]. – К., 2003. – 156 с

58. Ілляшенко Т.Д., Обухівська А.Г., Романенко О.В., Скрипка Н.С. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі. Навчально-методичний посібник. / Т.Д.Ілляшенко, А.Г. Обухівська, О.В. Романенко, Н.С. Скрипка – К.: Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи АПН України, 2003. – 155 с.

59. Інвалідність та суспільство:навчально-методичний посібник. [кол. авторів: Байда Л.Ю., Красюкова – Еннс О.В., Буров С Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М.]; за заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової-Еннс О.В.– К., 2012. – 216 с.

60. Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: науково-методичний збірник. – К. : ФОРМ Придатченко П.М., 2007. – 336 с.

61. 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. — М. : СПб., 1993.

62. Інвалідність та суспільство:навчально-методичний посібник. За заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової – Еннс О.В. / Кол. авторів: Байда Л.Ю., Красюкова – Еннс О.В., Буров С Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М. – К., 2012. - 216 с.

63. Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.education-inclusive.com/shho-take-inklyuziya>

64. Козьявкин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Львів: Українські технології, 1999.

65. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади: Монографія / А.А. Колупаєва. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
66. Колупаєва А. А. «Інклюзивна освіта: реалії та перспективи» - К.: «Самміт-книга», 2009, 269 с.
67. Колупаєва А.А. Діти з особливими потребами та організація їх навчання / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук – К : «АТОПОЛ» – 2011. – 273 с.
68. Конопляста С.Ю. До проблеми мовленнєвої активності дітей дошкільного віку з аутистичними проявами / С.Ю.Конопляста, В.О.Косинкіна. - Нац. пед. ун-т ім.М. П. Драгоманова. – К., 2013.
69. Конопляста С.Ю. Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення / С.Ю.Конопляста, В.А.Кисличенко. - Нац. пед. ун-т ім.М. П. Драгоманова. – К., 2011.
70. Конопляста С.Ю. Сучасний стан логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем та їх батьків як запоруки успішної соціалізації / С.Ю.Конопляста, А.О.Синиця // Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова, 2019.
71. Концепція розвитку інклюзивної освіти // Наказ МОН України від 01.10.2010 р. № 912 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://firstedu.org.ua/index.php>. – Назва з екрану.
72. Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами // Дефектологія. — 1999. — №4. — С. 2.
73. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Київ, 2010.
74. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. – К. : Контекст. – 2000. – 336 с.
75. Кузава І.Б. Теоретичні та методичні засади інклюзивної освіти/ Актуальні питання корекційної освіти дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктор пед. наук : 13.00.03«Корекційна педагогіка» / І. Б. Кузава. Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2015. –40 с.
76. Липа В.А. Психологические основы педагогической коррекции. – Донецк: Лебідь, 2000. – 319 с.
77. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики. - Донецк: «Лебідь», 2002.
78. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих. СПб. : Каро, 1986. 336 с.)

79. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей - М., 1989.

80. Матвеева М.П., Миронова С.П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку: Навчально-методичний посібник. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, 2005. – 164 с.

81. Лорман Т. Сім стовпів інклюзивної освіти. Як перейти від запитання «Чому?» до запитання «Як?» // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №3 (57). – 2010. – С. 3-11.

82. Лупарт Дж. Шкільна реформа в Канаді: перехід від роздільних систем освіти до інклюзивних шкіл / Джуді Лупарт, Чарльз Веббер // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №1 (55). – 2010. – С. 6-11.

83. Малятко: програма виховання дітей дошкільного віку. – К. : Освіта, 1991. – 181 с.

84. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л. Основи дитячої патопсихології. - К.: «Перун», 1996.

85. Мартинчук О.В. Основи корекційної педагогіки: [навч.-метод. посіб. Для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта»] / Олена Валеріївна Мартинчук. – К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288 с.

86. Мартинчук О.В. Діти з особливими освітніми потребами / Дитина. Програма навчання і виховання дітей дошкільного віку від двох до семи років / Наук. кер. програмою: О.В. Проскура, Л.П. Кочина, В.У. Кузьменко, Н.В. Кудикіна. / Мін. осв. і наук., мол. та спорту України, Головн. упр. осв. і наук. викон. орг. Київміськради (КМДА), Київ. ун-т ім. Б. Грінченка. – 3-є вид., доопр. та доп. – К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2012. – С. 94-99, 162-165, 239-243, 399-406.

87. Мастюкова О.М. Дитина з відхиленнями в розвитку: рання діагностика і корекція. – М.: Просвіта, 1992. – С. 6

88. Мещеряков А. И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами / А. И. Мещеряков // Дефектология. – 1973. – № 3. – С. 65 – 70.

89. Методичні рекомендації до програми виховання дітей дошкільного віку «Малятко». – К. : СВЕНАС, 1993.

90. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс: Навчальний посібник / С.П. Миронова. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничий відділ. – 2008.– 204 с.

91. Миронова С. П. Погляди педагогів спеціальних закладів на проблеми інклюзивної освіти // С.П. Миронова, М.Г. Буйняк// Збірник

наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред.. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. – Вип. XXIII. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. С. 16-23. 131

92. Менеджмент громадських організацій: вибрані питання теорії та практики: навч. посіб. / [А. Ю. Жулавський, О. Г. Дегтяренко, Є. В. Кірсанова та ін.]. – Донецьк : ТОВ "Цифрова типографія", 2007. – 262 с.

93. Молодь та молодіжна політика в Україні : соціально-демографічні аспекти / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. – 248 с.

94. Навчальний посібник «Інвалідність та суспільство, К.: 2011, С.31

95. Науково-методичний центр інклюзивної освіти [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://nmcio.ipro.kubg.edu.ua/>

96. Наказ Міністерства освіти і науки України № 691 від 2 грудня 2005 року «Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю»

97. Національна доктрина розвитку освіти // Освіта . - 2002.- N26(24 квітня-1 травня). - С.2-4.

98. Освіта в інноваційному поступі суспільства. /Доповідь Міністра освіти і науки України С.М.Ніколаєнка на підсумковій колегії МОН України 17 серпня 2006 р.//Освіта України. – 2006, № 60-61 . – С. 13

99. Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання / Інструктивно-методичний лист МОН, молоді та спорту № 1/9-384 від 18.05.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/29627/ – Назва з екрану.

100. Партнерство органів влади та недержавних організацій / Даєне К., Гривняк Л., Логінова Л., Іванкова С. – К. : [б. в.], 2004. – 76 с.

101. Певзнер М. С. Особенности этиопатогенеза и структуры дефекта при слепоглухоте у детей / М. С. Певзнер, Г. П. Бертынь, Р. А. Мареева. // В сб.: Коррекционно-воспитательная работа с детьми при глубоких нарушениях зрения и слуха. - М.: изд. АПН СССР, 1986. – С. 17-32.

102. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та інтелекту / [за ред. В. І. Бондаря, Л. С. Вавіної, В. В. Тарасун]. – К.: Інститут спеціальної педагогіки АПН України, 2008. – с. 284. - (Навчально-методичний посібник).

103. Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 03 лютого 2016 р. за № 184/28314.

104. Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами від 21 серпня 2013 р. № 607 Київ

105. Про затвердження «Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку»

106. Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах // Постанова Кабінету Міністрів України від 15.08.2011 р. № 872. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-п> – Назва з екрану.

107. Про затвердження заходів щодо впровадження інклюзивного навчання в дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2015 року / Наказ Міністерства освіти й науки України № 1034 від 23.07.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/v1034729-13> – Назва з екрану.

108. Про організацію психологічного і соціального супроводу в умовах інклюзивного навчання / Лист МОНмолодьспорт № 1/9-529 від 26.07.12 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/30376/ – Назва з екрану.

109. Ростамашвілі Л.М. Інноваційний підхід до оцінювання психофізичного стану здоров'я дитини зі складними порушенням розвитку: труднощі діагностики та шляхи їх подолання // Вчені записки університету імені П.Ф. Лесгафта, №2(84) – 2012, С.2.

110. Сак Т. В. Індивідуальне оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі: [навч. курс та наук.- метод. посіб.]. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди»», 2011. – 168 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

111. Сак Т. В. Технологія зворотного зв'язку в інклюзивному навчанні // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – №4 (64). – 2012. – С. 2-5.

112. Саламанская декларация. Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, принятые Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. Саламанка. Испания, 7-10 июня 1994. – К., 2000. – 21 с.

113. Савченко О.Я. Методика читання у початкових класах: Посіб. для вчителя. – К.: Освіта, 2007.

114. 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.

115. Синьов В.М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії. – К.: «МП Леся», 2010. – 799 с.]

116. Синьова Є. П. Тифлопсихологія: підручник / Євгенія Павлівна Синьова. – К.: Знання, 2008. – 365 с.

117. Синьов В. М. Українська корекційна психопедагогіка на сучасному етапі еволюції системи спеціальної освіти / Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна: Випуск VIII / За ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2006. С.46-50.

118. Синьов В., Шевцов А. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні // Дефектологія. – № 2. – 2004. – С. 6-11.

119. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: Підручник. – Частина 2. Навчання і виховання дітей. — К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – 224 с.

120. Скрипченко О.В., Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук. Вікова та педагогічна психологія, 2001

121. Соловей О. Мультидисциплінарний підхід до психологічного супроводу дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги//«Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації» №3, 2012, С.203 Київ

122. Статистичний бюлетень показників розвитку психологічної служби та психолого-медико-педагогічної консультації за 2013-2014 рр. – К.: Ніка-центр, 2014 – С.68. [Березіна Н.О., Лунченко Н.В., Обухівська А.Т. та ін.]

123. Спеціальна педагогіка. Під. ред. В. І. Бондаря. - Луганськ: Альма-матер, 2003. С.34.

124. Соціально-демографічне обстеження "Молодь України, 2010" // Вживання молоддю алкогольних напоїв принаймні один раз у житті. – К., 2010.

125. Страшко С. В. та ін. Інфекційні хвороби, що набули соціального значення: К., "Освіта України".– 2006. – 56 с.

126. Таранченко О. М. Диференційоване викладання в інклюзивному навчальному закладі: [навч.-метод. посіб.] / О.М. Таранченко, Ю.М. Найда / За заг. ред.. А.А. Колупаєвої. – К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 124 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»).

127. Улещенко В. А. Вдосконалення заходів профілактики за допомогою розробки і впровадження у практику методів скринінг-тестування, визначення критеріїв професійної орієнтації у дітей та підлітків зі сколіотичною хворобою / В. А. Улещенко, І. В. Рой, М. М. Вовк та ін. // Наукові засади Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації». (Під ред. А. М. Сердюка). – Вип. 1. – Ки-їв, 2007. – С. 230–254.
128. Федоренко С.В. Тифлопедагогіка. Підручник. – К., 2009. – 324 с.
129. Форми навчання в школі: Книга для вчителя / За редакцією Ю.І. Мальованого. – К.: Освіта, 1992. – 160 с.
130. Чеботарьова О.В. Індивідуальне навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. – К.: «Літо», 2007. – 167 с.
131. Чеботарьова О. Корекційна спрямованість індивідуального навчання дітей із ДЦП // Дефектологія. – 2005. - №2.
132. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: [монографія]/Андрій Гаррійович Шевцов.-К.:»МПЛеся»,2009.-483с.
133. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич : хрестоматия / сост.: И. И. Мамайчук. СПб. : Дидактика-Плюс, 1993. 520 с).
134. Шнайдер В. І., Організація індивідуального навчання (Методичні рекомендації на допомогу педагогам ЗОШ та спеціальних закладів, реабілітаційних центрів, фахівцям психолого-медико-педагогічних консультацій, педагогам, психологам, батькам) / Шнайдер В.І., Кулик О.О., Фінько Г.М.. – Кам'янець-Подільський, «Абетка-Нова», 2007. – 148 с.
135. Як досягати змін: Посібник для батьків і педагогів з обстоювання та захисту прав дітей з особливими освітніми потребами та громадської діяльності. – К. : ФОП Придатченко П.М. – 2006. – 140 с.
136. Як зробити школу інклюзивною. Досвід проектної діяльності: [метод. посіб.] / Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» / Уклад. С. Єфімова. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2012». – 152 с.
137. McGhie-Richmond, D., Underwood, K., Jordan, A. (2007). Developing Effective Instructional Strategies for Teaching in Inclusive classrooms. Exceptionality Education Canada, 17(1/2), 27- 52 – Режим доступу: <http://canada-ukraine.org>
138. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2007. Available at <http://www.surgeongeneral.gov/topics/underagedrinking/>. Accessed March 28, 2008.

Додатки

Додаток 1.

Приблизний комплекс фізкультурхвилинок у положенні, сидячи за столом (партою):

1. В. П. – сидячи, спина пряма, звести лопатки. Нахили головою вперед, назад, праворуч, ліворуч.

2. В. П. – те ж що й у першій вправі. Обертання головою праворуч, ліворуч.

3. В. П. – сидячи, спина пряма. Рухи плечами вгору, вниз.

4. В. П. – те ж, що й у третій вправі. Кругові рухи вперед, назад.

5. В. П. – те ж. Намагатися дістати двома руками плечей сусіда, що сидить попереду.

Додаток 2.

Приблизний комплекс корекційної гімнастики:

1. Прийняти правильну поставу, стоячи біля стіни. При цьому потилиця, лопатки, сідничні м'язи, ікроножні м'язи й п'яти повинні торкатися стіни, руки на поясі. На рахунок 1-2 – праву ногу вбік – вдих; 3-4 – в. п. – видих. Те ж лівою ногою. Повторити 6-8 разів кожною ногою.

2. Стоячи біля стіни, торкаючись її п'ятами, сідницями, лопатками, плечима, потилицею, присісти, розводячи коліна нарізно, зберігаючи положення голови й хребетного стовпа. Повільно встати. Повторити 8-10 разів.

3. В. П. – основна стійка, підняти одночасно плечі вгору – вдих, затримати на 5 сек., повернутися у в. п. – видих. Повторити 5-6 разів.

4. В. П. – о. с., ноги на ширині плечей. Кругові обертання вперед спочатку лівою рукою, потім правою, кругове обертання двома руками вперед - 4-6 разів.

5. Те ж – обертання назад – 4-6 разів.

6. В. П. – о. с., в опущених руках гімнастичний ціпок. На рахунок 1-2 – руки вгору – вдих, 3-4 – опускаємо гімнастичний ціпок до плечей за голову – видих., 5-6 – руки вгору – вдих, 7-8 – руки опустити – видих. Повторити 6-8 разів.

7. В. П. – о. с., ноги на ширині плечей, в опущених руках гімнастичний ціпок. 1-2 – вдих, нахил уперед, прямі руки підняти якнайвище; 3-4 – видих, зігнути спину, руки опустити вниз; 5-6 – вдих, нахил уперед, підняти прямі руки; 7-8 – видих, повернутися у в. п. Темп повільний. Повторити 4-6 разів.

8. В. П. – ноги на ширині плечей, гімнастичний ціпок на плечах за головою. Повороти тулуба вліво, вправо. Дихання довільне. Повторити 8-10 разів.

Додаток 3.

Базовий комплекс вправ для профілактики порушень постави

Запропонований комплекс вправ може використовуватися як з метою профілактики порушень постави, так і у реабілітаційному періоді після лікування порушень постави. Тривалість відновлювального періоду, враховуючи здатність організму до регенерації пошкоджених тканин, становить до 1-1,5 місяці. Відновлення тону м'язового корсета настає за 2-3 місяці. Рекомендований термін реабілітаційного циклу відповідно до 4 місяців, профілактичне використання без обмежень термінів.

№ п/п	Вихідне положення	Зміст вправи	Кількість повторювань	Методичні рекомендації
1.	Стоячи, ноги на ширині плечей, руки опущені	Повернути голову вправо без нахилу шії. Затримка в крайньому правому положенні з ізометричним (до 10 сек.) напруженням м'язів і вольовим витягуванням м'язів шії в цей час вгору. Те ж саме вліво через фазу повороту голови з розслабленими м'язами.	5-15 в кожную сторону (кількість вправ визначається за ступенем тренуваності групи, або індивідуально)	Спину тримати прямо, поворот голови виконувати з розслабленими м'язами шії.
2.	Стоячи, ноги на ширині плечей. Права рука витягнута вперед, ліва - назад.	Зафіксувавши погляд на точці попереду, зміна положення рук по колу (як млин), закручуючи грудний відділ хребта вправо/вліво. Напруження м'язів грудної клітки в крайніх положеннях руху.	5-15 разів у кожную сторону (кількість вправ визначається по ступеню тренуваності групи, або індивідуально)	Голову утримувати прямо, погляд вперед.
3.	Стоячи, ноги на ширині плечей. Руки перед собою	Поворот тулуба вправо рухаючи «кулю» максимально вправо. Погляд на праву кисть,	5-15 разів у кожную сторону (кількість вправ	Поворот виконувати з розслабленими м'язами.

	на рівні сонячного сплетіння (як би тримаючи велику кулю).	повертаючи шию, грудний та поперековий відділ хребта до упору. Вольове ізометричне напруження та витягнення м'язів всього хребта вгору в кінцевій фазі. Те ж саме вліво	визначається по ступеню тренованості групи, або індивідуально)	
4.	Стоячи, ноги на ширині плечей.	Обертання тазом по колу вліво та вправо.	6-10 обертань в кожному сторону.	Темп повільний.
5.	Стоячи, ноги на ширині плечей.	На вдиху підняти руки перед собою вгору, на видиху через сторони опустити.	4-5 циклів.	Темп повільний. Під час видиху «відчути» як розслабляються м'язи спини.
6.	Лежачи на спині, руки розведені в сторони.	Поворот голови вправо перекинувши потилицю по килиму. Ізометрична напруга м'язів шиї в кінцевій фазі повороту. Те ж саме вліво	6-10 разів у кожному сторону	Повороти голови виконувати розслаблено. Темп повільний
7.	Лежачи на спині, руки розведені в сторони, ноги зігнуті в колінних суглобах, стопи упираються в під	Поворот голови вправо, одночасно коліна вліво. Ізометрична напруга м'язів попереку в фазі максимального закручування хребта.	6-10 разів у кожному сторону	Повороти виконувати розслаблено. Темп повільний

Вправи № 1-5 рекомендовано виконувати під час ранкової гімнастики, фізкультурних хвилинок і пауз, уроків фізичної культури.

Вправи № 6,7 виконуються при наявності умов в групах подовженого дня та увечері вдома.

Закінчити виконання любого комплексу вправ потрібно вправою № 5.

Приклади спеціальних фізичних вправ:

№ п/п	Вихідне положення	Зміст вправи	Кількість повторювань	Методичні рекомендації
Розминка				
1	Стоячи, ноги на ширині плечей, руки опущені.	Повороти голови вправо-вліво (без ізометричної затримки)	Враховуючи тренуваність до 10-15 разів в кожную сторону	Голову не нахиляти. Темп середній
2	Стоячи, ноги на ширині плечей. Права рука витягнута вперед, ліва назад.	Зміна положення рук по колу (як млин), закручуючи грудний відділ хребта вправо. Те ж саме вліво	10-15 разів в кожную сторону	Голову утримувати прямо, погляд вперед.
3	Стоячи, ноги на ширині плечей. Руки перед собою на рівні сонячного сплетіння (як би тримаючи велику кулю).	Поворот тулуба вправо рухаючи «кулю» максимально вправо. Погляд на праву кисть, повертаючи шию, грудний та поперековий відділ хребта до упору. Те ж саме вліво	10-15 разів в кожную сторону	Поворот виконувати розслаблено
4	Стоячи, ноги на ширині плечей.	Обертання тазом по колу вліво та вправо.	6-8 обертань в кожную сторону	Темп середній
Основна частина				
5	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор лобом в кисті рук. Витягнути шию максимально догори напружити м'язи шиї. Ізометрична затримка напруження м'язів до 3-4 секунд. Розслаблення упору 5-6 секунд без зміни положення рук. Повторне ізометричне напруження в упорі рук і витягнення шиї догори.	5-7 разів. Через 2-3 тижнів збільшувати кількість повторювань на 5 разів. В сумі до 20 разів.	Темп повільний
6	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор потилиці в кисті рук. Витягнути шию максимально догори напружити м'язи шиї.	5-7 разів. Через 2-3 тижнів збільшувати	Темп повільний

		Ізометрична затримка напруження м'язів до3-4 секунд. Розслаблення упору 5-6 секунд не без зміни положення рук. Повторне ізометричне напруження в упорі рук і витягнення шії догори.	кількість повторювань на 5 разів. В сумі до 20 разів.	
7	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор правої скроні в праву долоню. Витягнути шию максимально догори напружити м'язи шії. Ізометрична затримка напруження м'язів до3-4 секунд. Розслаблення упору 5-6 секунд не без зміни положення рук. Повторне ізометричне напруження в упорі рук і витягнення шії догори.	5-7 разів. Через 2-3 тижнів збільшувати кількість повторювань на 5 разів. В сумі до 20 разів.	Темп повільний
8	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор лівої скроні в ліву долоню. (техніка виконання як вправи 5-9)	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний
9	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор правої долоні на ліве плече. Витягнути тулуб максимально догори напружити м'язи. Ізометрична затримка напруження м'язів до3-4 секунд. Розслаблення упору 5-6 секунд без зміни положення рук. Повторне ізометричне напруження в упорі рук і витягнення тулубу догори. Те ж саме в іншу сторону	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний. Під час виконання вправи витягувати хребет максимально догори
10	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор грудини в кисті рук. (Техніка виконання як вправи 5-9).	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний
11	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор живота в кисті рук. (Техніка виконання як вправи 5-9).	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний

12	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор кистей рук в поперек. (Техніка виконання як вправи 5-9).	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний
13	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор кистей рук в крила таза. (Техніка виконання як вправи 5-9).	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний
14	Стоячи, ноги на ширині плечей	Упор долонями на праве стегно з протидією повороту (ротації) напруження м'язів тулубу. (Техніка виконання як вправи 5-9).	Виконання як вправи 5-9.	Темп повільний. Під час виконання вправи витягувати хребет максимально догори
Заключна частина				
15	Стоячи, ноги на ширині плечей	1-4 - Плавно підняти руки вгору через центр тіла і по колу догори - вдих. Плавно опустити руки вниз через сторони - видих.	6-8 раз	Темп повільний. Під час видиху «відчуті», як розслабляються м'язи спини.

Додаток4.

**Приклади вправ для профілактики плоскостопості.
Обладнання: гімнастичний килимок, гімнастична палиця, м'ячі.**

№ п/п	Вихідне положення	Зміст вправи	Тривалість виконання або кількість повторювань	Методичні рекомендації
1	Лежачи на спині, на підлозі, витягнувши ноги.	Розслабити м'язи спини і максимально розтягнути хребет по осі.	2-3 хвилини	Поверхня тверда, тепла.
2	Лежачи на підлозі.	Зігнути ноги в колінах, впершись стопами в підлогу виконати поворот голови до межі вліво, поворот колін до межі вправо закручуючи хребет з фазою 3-4 секундного напруги	10-20 поворотів.	Темп повільний. Ізометрична затримка обов'язкова.

		м'язів в крайньому положенні. Через фазу розслаблення виконати повороти в протилежну сторону - голова вправо, коліна вліво з фазою напруги в кінці повороту.		
3	Лежачи на підлозі.	Максимально зігнути склепіння стоп вперед, ізометричне напруження м'язів стопи 3-4 секунди. Максимально розігнути склепіння стоп (пальці стоп прогнуті в сторону голови) ізометричне напруження м'язів стопи 3-4 секунди.	10-20 рухів	Темп повільний. Ізометрична затримка обов'язкова.
4	Стоячи біля опори (стіна, гімнастична драбина) тримаючись за опору.	Катання м'яча правою стопою по колу, вперед-назад надавлюючи на м'яч пальцями з невеликим зусиллям. Те ж саме лівою стопою.	5-7 разів кожне катання	Темп середній
5	Стоячи біля опори (стіна, гімнастична драбина) тримаючись за опору.	Катання м'яча правою стопою по колу, вперед-назад надавлюючи на м'яч п'яткою з невеликим зусиллям. Те ж саме лівою стопою.	5-7 разів кожне катання	Темп середній
6	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Зігнути праву ногу і покласти праву стопу на коліно лівої ноги, намагаючись пальцями обхопити коліно. Те ж саме лівою стопою.	По 6-8 разів	Темп повільний
7	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Кругові рухи в гомілковостопному суглобі.	По 7-10 разів в кожному сторону	Темп повільний, виконувати з повною амплітудою
8	Лежачи на спині, руки в сторони	Розслабити всі м'язи тулуба і кінцівок.	1-2 хв.	

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, притискаючи 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 зверху предмета, притискаючи його до центру кисті), а слабша рука не бере участі в хапанні предмету; 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 короточасні, дитина намагається схопити та розгорнути цукерку, але м'язових зусиль недостатньо для виконання цього завдання;

Середній рівень - м'язові зусилля на збереженій руці короточасні, 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 вправи «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 самотійного 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 ізольовано або в поєднанні з іншими).

Стан розвитку узгодженості дій рук. Ігрові вправи: «Підними 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. 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 (провідної) руки. Тестові завдання О. Лурія: тест «поза Наполеона», тест «Коробочки», тест «Поплескай в долоньки».

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 дитині 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 спочатку;

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. 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 у 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 самостійно 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.

Діагностика стану інтелектуальних можливостей.

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 kota».

Метою є виявлення особливостей мисленневих 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. 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 ній 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 картинку, але складена розповідь нелогічна, складання розповіді відбувається за допомогою додаткових питань дорослого, інтерес до завдання незначний; приймає завдання, розкладає картинку, 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'єднує 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 6.

Приклад побудови і змістового наповнювання уроку корекційної фізичної культури.

1. «Вступ»

2. «Розминка»

2.1. Шикування, перекличка. Виконання в шерензі поворотів.

2.2. Розігрівання м'язів спини (5-7 хв.).

Побудова в шеренгу або круг з розривом до 2-х метрів. ВП стоячи, ноги на ширині плечей, руки перед грудьми:

Обертання кистей рук по колу вперед-назад по 15 обертань

Обертання рук в ліктях вперед-назад по 15 обертань

Обертання рук в плечових суглобах вперед-назад по 15 обертань

Обертання плечового поясу: ВП - ліва рука витягнута вперед, права – назад. Махова зміна рук (як млин) по горизонтальній осі, 10-15 обертань.

Обертання грудей та попереку. ВП – руки утримують перед грудьми віртуальну велику кулю. Обертання до межі повороту, не відриваючи очей від «кулі». 10-15 обертань.

Напруження м'язів спини, попереку з упором руками в крила таза. До 10 рухів з ізометричним напруженням м'язів на 10 сек.

Рухи тазом вправо-вліво по 10 рухів.

Обертання всім корпусом з нахилом і прогином в поясниці вправо-вліво по 10 рухів

В.П. Основна стойка. Обертання колін по колу вправо – вліво, 10-15 рухів.

В.П. Стоячи, ноги нарізно. Обертання правої стопи з упором на «носок», потім лівою, по 10 рухів.

В.П. Основна стойка. Вдих - піднімання рук перед собою догори, видих - опустити руки.

2.3. При необхідності посилення фізичного навантаження під час розминки - додатково біг по колу із заданою інтенсивністю. Можлива зміна напрямку бігу по команді: вперед, лівим боком, спиною, правим боком, вперед.

3. Основна частина

Будується вихователем згідно вимог навчальної програми.

У процесі уроку необхідно передбачити поступове збільшення навантаження на корсетні м'язи хребта.

Приклад:

Для м'язів спини і попереку:

ВП. Лежачи на животі руки вперед. Одночасно повільно підвести руки і груди, ноги і таз на 30-35 см. Затримка з напругою м'язів на 10-20 сек. Розслаблення з поверненням в ВП. Перший місяць - 5-10 повторень до ефекту адаптації, потім збільшення кількості повторень до 10-15 рухів.

Для м'язів живота:

ВП. Стоячи, ноги трохи зігнуті на ширині плечей, злегка нахилившись вперед, упор в стегна біля колін.

Видих. На затримці дихання втягнути живіт до максимального положення з ізометричною напругою 4-5 сек., потім розслабити, 7-10 разів.

Через місяць-півтора збільшення навантаження. Загальна кількість рухів животом до 10-20-30-50 разів.

Для м'язів шиї і тулуба.

ВП. Шаг лівою ногою вперед, праву руку на потилицю. Скручуючи шию та тулуб повернути до межі голову та тулуб вліво, напружити м'язи шиї, тулуба в ізометричному напруженні на 4-5 секунд. Розслабити м'язи. Те ж саме в іншу сторону.

4. Заключна частина.

Відновлення гемодинаміки, зняття набутої в ході уроку компресії структур хребта. («Діти! Після фізичного навантаження необхідно відновити стан хребта. Це дуже важливо для вашого здоров'я!»).

Вправи на гімнастичній драбині (або турніку):

Вис 30-40 сек. з симетричним захопленням рук і максимальним розслабленням спини.

Вис. Зробити повороти у висі вправо-вліво, закручувати хребет у фазі розслаблення.

Вис 30-40 сек. з симетричним захопленням рук і максимальним розслабленням спини.

ВП. Стоячи, ноги нарізно. Плавний вдих з рухом рук вгору, видих з симетричним рухом рук вниз через сторони з максимальним розслабленням м'язів. 3-4 рази.

Якщо відсутня можливість виконання вису, виконувати:

ВП лежачи на спині. Розслаблення м'язів протягом 2-3 хвилин;

ВП лежачи на спині. Зігнути ноги з опорою стоп в підлогу. Повороти вправо/вліво обох колін зі скручуванням попереку 6-10 разів;

Піднятися, повільно виконати вдих-видих.

Додаток 7.

Методичні рекомендації щодо роботи з дітьми зі складними порушеннями розвитку в період карантину та воєнного стану

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.

До складних порушень дитячого розвитку відносять поєднання двох чи більше психофізіологічних порушень (зору, слуху, інтелектуального розвитку тощо) в однієї дитини.

Залежно від структури порушень, діти з комплексними порушеннями поділяються на три основні групи.

До першої групи входять діти з двома вираженими психофізичними порушеннями, кожне з яких може викликати аномалію розвитку: сліпоглухі діти, глухі діти з порушеним когнітивним розвитком, слабочуючі з затримкою психічного розвитку.

До другої – ті діти, які мають одне суттєве психофізичне порушення (провідне) і супутнє інше порушення, виражене в слабкій мірі, але помітно ускладнююче хід розвитку (діти з інтелектуальними порушеннями та з невеликим зниженням слуху). В таких випадках говорять про ускладнене порушення.

До третьої групи входять діти з так званими множинними порушеннями, коли є три і більше порушень (первинних), виражених в різній мірі, і, які призводять до значних відхилень у розвитку дитини: слабкозорі глухі діти з інтелектуальними порушеннями. До множинних порушень можна також віднести і поєднання в однієї дитини цілого ряду невеликих порушень, які мають негативний кумулятивний ефект, наприклад, при поєднанні невеликих порушень моторики, зору і слуху в дитини може бути виражене недорозвинення мовлення.

Таким чином, до дітей із складними порушеннями можна віднести дітей, у яких спостерігаються порушення розвитку сенсорних і моторних функцій в поєднанні з інтелектуальними порушеннями.

У період карантину всі діти знаходяться на дистанційній формі навчання адже, попри все – потрібно продовжувати процес здобуття знань і загальний розвиток дітей.

Заняття потрібно планувати в тісній взаємодії з асистентом вчителя та батьками.

Асистент вчителя приймає активну участь у підготовці до уроку (виготовлення презентації, дидактичних ігор в PowerPoint, підбір текстів для аудіовикладання, картинок та схем для унаочнення матеріалу).

Провідною концепцією в системі педагогічної реабілітації дітей з комплексними порушеннями є модель «крок за кроком», яка полягає в можливості навчання дитини певним навичкам саме в тому віці й саме в тому об'ємі.

Варто створити для роботи спокійну атмосферу, налагодити доброзичливий, партнерський контакт і роботу починати завжди з усмішки.

Пам'ятайте, що час, протягом якого дитина може концентрувати увагу – 5-7 хвилин, в кращому випадку – до 15 хвилин.

Вчитель повинен володіти загальними знаннями про психофізіологічні особливості розвитку конкретної дитини і навчати дитину насамперед тих навичок, які насправді потрібні його учням у повсякденному житті.

Насамперед потрібно усвідомити, що саме дитина вже може, тобто як вона спілкується, як рухається, як пізнає світ, що знає про нього і як ці знання використовує, як проводить свій вільний час, що найбільше любить робити.

Слід пам'ятати, що, коли маєш справу з дітьми з комплексними порушеннями в розвитку, неможливо однозначно окреслити послідовність здобуття ними окремих умінь. Так, жодна з існуючих шкал розвитку не є достатньо вдала, оскільки розвиток таких дітей в окремих сферах не є гармонійним і не відбувається за стандартним зразком.

Дидактичні засоби повинні бути безпечними і естетичними. Вони повинні добиратися відповідно до віку, щоб не інфантилізувати учнів і бути суттєвим елементом формування їх особистості, надавати їм оптимальну кількість різноманітних сенсорних збудників, давати можливість самостійного застосування і здобування досвіду.

Підібрані матеріали мають наближати світ, у якому живе дитина. Добре, якщо це будуть предмети щоденного вжитку, вони повинні бути дібраними старанно й індивідуально, з урахуванням того, чому учень надає перевагу (при підготовці завдання для дитини під час дистанційного навчання візьміть до уваги її інтереси та захоплення - машини, динозаври, котики тощо).

Засоби також добираємо відповідно до виконання конкретного завдання або проведення певного виду стимуляції.

Найважливіші вказівки при добиранні предметів дає сам учень: важливі його реакції, настрої під час ознайомлення з новою річчю, можливість бути виконавцем, зацікавлення наслідками користування предметом.

В процесі роботи з дитиною педагоги та батьки мають консультиватися з іншими спеціалістами: фізіотерапевтом, логопедом, психологом, іншими педагогами, які вже мають досвід у навчанні учнів з комплексними порушеннями.

Заняття, незалежно від того де вони відбуваються, повинні мати сталий розпорядок дня та графік. Структуризація є одним з найголовніших завдань в роботі з дітьми, які мають комплексні порушення.

Будь-яке завдання повинно викликати позитивні емоції та бажання його виконувати. Варто обов'язково включати в роботу коригування порушень у розвитку емоційно-особистісної сфери (релаксаційні вправи для міміки обличчя, драматизації, читання за ролями).

Якщо дитина має **порушення слуху**, можна використовувати різні програми, які допомагають перекладати інформацію для тих учнів, які використовують мову жестів; завдання, які включають перегляд фільмів/відео із субтитрами; програми, які можуть містити інструкції для батьків. Матеріал для занять має бути в більшій мірі наочним.

Якщо дитина має **порушення зору**, то необхідно підбирати матеріал, який спрямований на сприйняття іншими органами чуття. Велике значення в навчанні незрячої дитини, компенсації сліпоти має мова, і не тільки її комунікативна функція, а й зміст мови, тобто за допомогою мови дитина отримує найбільше основної інформації про оточуючий світ під час спілкування в активній, предметній, ігровій та початковій діяльності.

Під час роботи із дітьми, які мають **інтелектуальні порушення**, необхідно враховувати такі фактори, як: пошук завдань, які б максимально стимулювали активність дитини, давати завдання з опорою на зразки, проводити чіткий і доступний інструктаж, працювати, враховуючи труднощі запам'ятовування і порушення працездатності в процесі виконання практичних завдань, додатково пояснювати навчальний матеріал, давати можливість виконувати завдання у повільнішому темпі, зменшувати їхню кількість, надавати додаткові запитання з метою глибшого розкриття змісту завдання, наводити вже відомі їм приклади та аналогії; враховуючи труднощі орієнтування в завданні, використовувати поетапну інструкцію і поетапне узагальнення, поділяти завдання на складові, формувати вміння планувати свою діяльність у процесі його вирішення. Подавайте зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). Якомога більше повторюйте та закріплюйте вивчене.

При організації роботи для дітей з *розладами аутистичного спектру* під час карантину можна скористатися такими прийомами:

- збереження постійності в організації простору, що допоможе уникнути поведінкових проблем;
- створення комфортного психологічного клімату під час занять вдома. Дитина повинна бачити, що заняття проходять у безпечній психологічній атмосфері і звичний ритм не буде порушено;
- використання символів для розвитку вміння орієнтуватися самостійно в діях. В якості символів можуть бути використані малюнки, картки, фотографії тощо;
- не допускати сенсорного перевантаження – це може призвести до зривів;
- зняття статичного напруження через фізичні вправи і зміну видів діяльності.

Для дітей із *дитячим церебральним паралічем* необхідний розвиток дрібної моторики рук, координації рухів обох рук, сили м'язів (з використанням еспандера, силоміра, розривання паперу, розминання пластиліну, глини тощо) в поєднанні з оздоровленням і лікуванням.

Запропонуйте батькам збирати продукти дитячої діяльності: фото, відео матеріали (якщо у батьків є відповідні ресурси), або певна папка, яку дитина може оформити за своїм бажанням, і в якій будуть зберігатися домашні завдання.

Наприкінці тижня обов'язково підводьте підсумки. Це дасть вам змогу оцінити виконання завдань, простежити динаміку розвитку, вірно спланувати подальшу роботу.

НАВЧАЛЬНЕ ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ

Глоба Олександр Петрович

**СТВОРЕННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ УМОВ ДЛЯ НАВЧАННЯ І
ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ
СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ**
(порушення мовлення та функцій опорно-рухового апарату)

Навчально-методичний посібник для здобувачів ОПП

Спеціальна освіта (Логопедія)

Підписано до друку 05.12.2023 р. Формат 60x84/16
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний
Ум. друк. арк. 9,88. 1 Тираж 50 Зам. 114

Видавець Ковальчук О.В.
32315, Хмельницька обл., м. Кам'янець-Подільський,
вул. Васильєва, 13, корп. А, 37.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 7057 від 25.05.2020 р.